

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude clinique
DE L'OCCCLUSION INTESTINALE
lente et progressive

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

PAR

P. MILLET

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

— 23, Rue du Cherche-Midi = PARIS —

1922

63

THESE

pour

LE DOCTORAT

80



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FAULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Contribution à l'Etude clinique

DE L'OCCLUSION INTESTINALE

POUR

LE DOCTORAT

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

P. MILLET

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Président de Thèse: M. le Professeur LÉPINE

— L'EXPANSION SCIENTIFIQUE —
FRANÇAISE

45, RUE DE CAPODUE-MED. — PARIS

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude clinique DE L'OCCLUSION INTESTINALE

lente et progressive

CHEZ L'ADULTE ET LE VIEILLARD

PAR

P. MILLET

INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Président de Thèse : M. le Professeur LEJARS

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

— 23, Rue du Cherche-Midi — PARIS —

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

Anatomie descriptive.....	MM. NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Histologie.....	PRENANT.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Chimie.....	DESGREZ.
Physique.....	André BROCA.
Parasitologie.....	BRUMPT.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Physiologie.....	RICHET.
Pathologie expérimentale.....	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie externe.....	LECÈNE.
Pathologie interne.....	RÉNON.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Opérations et appareils.....	Pierre DUVAL.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine.....	MÉNÉTRIÉR.
Cliniques médicales....	Hôtel-Dieu.....
	Beaujon.....
	Cochin.....
	Saint-Antoine.....
Clinique thérapeutique de la Pitié.....	Hôtel-Dieu.....
	Saint-Antoine.....
Cliniques chirurgicales.....	Cochin.....
	Salpêtrière.....
	Tarnier.....
Clinique obstétricale.....	Baudelocque.....
	Pitié.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
— des maladies infectieuses.....	
— des maladies nerveuses.....	
— des maladies mentales.....	
— infantile médicale.....	
— d'hygiène de la première enfance.....	
— infantile chirurgicale.....	
— des voies urinaires.....	
— gynécologique.....	
— ophtalmologique.....	
— oto-rhino-laryngologique.....	
Physiologie appliquée à l'éducation physique.....	LANGLOIS, agrégé.
Stomatologie.....	FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTINE.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTHERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDUIN.	GOUGEROT.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BLANCHETIÈRE	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CAMUS (J.).	GUILLEMINOT.	LÉVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	METZER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HÔPITAL
SAINT-ANTOINNE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*qui m'a inspiré ce travail et m'a fait l'honneur de
présider ma thèse*

*En témoignage de ma reconnaissance et de mon
respectueux attachement*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX
DE PARIS

Stage et externat

- M. le Professeur SEGOND (*in memoriam*) (1909-1910).
M. le Professeur LEJARS (1910-1911).
M. le Docteur BROcq (1911-1912).
M. le Professeur Pierre MARIE (1911-1912).

Internat provisoire et internat :

MM. les Docteurs MACAIGNE (1912-1913).

LAFFITTE »

MÉNÉTRIÉ »

P. RICHE »

F. RAMOND (1913-1914).

BAUDET (1920-1921).

M. le Professeur LEJARS (1919-1920 et 1921-1922).

A MM. les Docteurs LOUIS BAZY, BROcq, CADE-
NAT, MERKLEN, SEJOURNET, THIROLOIX,
TOURAINÉ.

A MES PARENTS — A MES AMIS

INTRODUCTION

Mme D... 51 ans, entre le 3 octobre 1919, salle Léon Lefort, dans le service de M. le Professeur LEJARS, à l'hôpital Saint-Antoine, pour occlusion intestinale. Depuis longtemps, la malade ne va pas à la selle spontanément. Le dernier lavement, administré huit jours auparavant, n'a ramené qu'une quantité négligeable de matières. Depuis, elle n'a évacué que quelques gaz. Elle ne peut rien garder de ce qu'elle prend et a des vomissements bilieux à chaque tentative d'alimentation. Elle souffre sans arrêt d'une douleur abdominale généralisée, sous paroxysmes. Lorsqu'on l'examine, on constate que — sans être météorisé ni tendu — l'abdomen est un peu volumineux. Toutefois, il a une souplesse normale, qui permet une palpation profonde : il n'y a aucune tumeur perceptible. Le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent aucun renseignement. La malade, pâle et amaigrie, dont la physionomie exprime une assez grande fatigue, ne présente nullement cette agitation anxieuse, que l'on observe dans l'iléus. La température est nor-

male — le pouls, à peine accéléré, est bien frappé. — La langue est humide. Donc rien d'inquiétant, ni de dramatique. En l'interrogeant, on apprend que les accidents ont commencé en mai, c'est-à-dire cinq mois auparavant, par plusieurs crises abdominales douloureuses, avec vomissements. A la suite de ces crises, s'est installée une constipation opiniâtre, pour laquelle la malade fut traitée durant quatre mois consécutifs sans aucun résultat. Bien au contraire, la constipation ne fit qu'empirer en même temps que les vomissements, qui avaient cessé, se manifestaient à nouveau, rendant l'alimentation fort difficile.

Devant les résultats obtenus par le lavement électrique, on porte d'abord le diagnostic d'occlusion paralytique. Les accidents s'étant renouvelés, le déblocage ne paraissant ni complet, ni définitif, une première laparotomie est faite (M. le Professeur LEJARS, le 21 octobre 1919), qui ne fait pas découvrir la cause de l'occlusion. Un anus iliaque permet à la malade de se remonter et, au cours d'une seconde laparotomie, un néoplasme de la partie supérieure de l'anse sigmoïde est découvert. Il est réséqué en trois temps (voir obs. I).

Il ne s'agit pas là d'un fait isolé, rare. Bien au contraire, ce type d'occlusion lente et progressive est beaucoup plus fréquemment observé que l'occlusion aiguë, avec son cortège de symptômes dramatiques, bruyants, alarmants. Quelle qu'en soit la cause, elle est le résultat d'un processus évoluant lentement, et à l'égard duquel l'organisme réagit d'une façon toute

spéciale. L'intérêt de son étude réside dans la difficulté qu'il y a, d'une façon pour ainsi dire constante, à en établir le diagnostic. La symptomatologie en est fort réduite, le tableau clinique à peine ébauché, et, pendant longtemps, la notion d'obstacle échappe. Cependant, parfois, se manifestent certains symptômes, qui, d'ordre purement mécanique, sont l'expression d'une occlusion encore incomplète, et dont la valeur est par conséquent considérable. Mais ils sont inconstants, fugaces, difficiles à saisir, d'interprétation assez délicate et rendent à peine plus facile la solution du problème.

Les difficultés s'accroissent lorsqu'il s'agit de déterminer le siège et la nature de l'obstacle. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, en effet, la lenteur que celui-ci apporte à se constituer, ne fournit, habituellement, aucun élément capable d'éclairer la situation sur ce point. Toutefois la radioscopie vient utilement seconder la clinique et la localisation de l'obstacle peut encore se faire. La cause en est, par contre, souvent impossible à établir : ce syndrome d'occlusion lente et progressive peut, en effet, être réalisé dans des circonstances extrêmement variées. La plupart du temps, même en utilisant les procédés d'exploration les meilleurs, c'est seulement avec des présomptions que le chirurgien entreprend la cure, toujours délicate de ce type d'occlusion. Il va sans dire que nous n'envisagerons pas, dans cette étude, les affections sténosantes du rectum qui, directement accessibles aux moyens d'exploration habituels, cons-

tituent, d'autre part, par leur symptomatologie, une catégorie bien définie. Quant aux sténoses du grêle, haut situées, elles se différencient plus rapidement et avec une netteté plus grande, même lorsqu'elles relèvent d'un processus lent : plus on se rapproche du duodénum, moins l'intestin est tolérant et, ainsi, est supprimé un facteur essentiel à la constitution d'une occlusion lente. Ce sont donc les occlusions dues à un obstacle sur la fin du grêle, sur les colonas, sur l'anse sigmoïde qui nous retiendront — ce sont elles qui donnent lieu aux diagnostics les plus difficiles.

Etant progressive, elle tend vers l'occlusion complète. Il est évident que ce terme d'occlusion complète ne s'applique qu'au syndrome clinique et n'implique pas nécessairement une obturation parfaite de l'intestin par le processus en cause. Bien au contraire, ce dernier, qu'il soit para, endo-intestinal ou intra-pariétal, ferme rarement la lumière intestinale d'une façon complète et l'occlusion n'est achevée que par un certain nombre de facteurs, dont le plus important, le plus constant, est la coudure du tube digestif, immédiatement sus-jacente à l'obstacle : c'est elle qui, entretenue et aggravée par la stase, provoque la fermeture progressive de l'intestin. Le degré d'occlusion complète est acquis plus ou moins rapidement, parfois sans à coups, parfois à la suite d'une évolution capricieuse, irrégulière, entrecoupée d'incidents. De toute façon, durant la période qui a précédé l'arrêt définitif du transit intestinal, l'organisme s'est comme habitué à cet état d'occlusion, et lorsque

celle-ci se complète, on est frappé de la tolérance vraiment invraisemblable qu'il peut présenter à l'égard des mêmes symptômes qui donnent à l'iléus aigu son caractère alarmant. Toutefois, c'est là une considération à laquelle il ne faut pas s'arrêter, car s'il est vrai que l'on est souvent tenté de temporiser, il faut considérer qu'aucune maladie ne démontre mieux le danger d'attendre. Et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici ce qu'écrivit MATHIEU :

« Trop souvent, le schéma de l'iléus vrai hante l'esprit du médecin. Pour beaucoup, l'occlusion comporte toujours un arrêt total de l'évacuation des matières fécales et du cheminement des gaz. Il doit donc, toujours, y avoir du météorisme, un gonflement plus ou moins marqué de l'abdomen. L'occlusion doit comporter, en outre, des vomissements, d'abord espacés, puis répétés, puis incoercibles ; vomissements, d'abord alimentaires, ensuite bilieux, enfin, chose caractéristique, fécaloïdes. Elle doit amener, enfin, une altération profonde et progressive du faciès et de l'état général. Lorsque tous ces symptômes ne sont pas réunis, le médecin hésite, trop souvent à reconnaître l'occlusion ; trop souvent il attend pour cela que le tableau clinique se complète ». (MATHIEU, in MATHIEU et ROUX. — *Traité de Pathologie gastro-intestinale*, T. III).

Nous nous excusons d'avoir dérogé à la règle en ne faisant pas précéder cette étude d'un chapitre dit historique. Cette œuvre n'a la prétention ni d'être

complète, ni d'être nouvelle. C'est bien plutôt la grandeur de la tâche qui nous a fait reculer : trop de choses ont été écrites depuis trop longtemps, sur l'occlusion intestinale ! C'est le même motif qui nous a poussé à ne publier la bibliographie qu'après 1900. Nous nous sommes efforcé de la faire aussi complète que possible : ainsi, peut-être, serons-nous pardonné d'avoir osé aborder un sujet si souvent traité, et par des personnes plus autorisées que nous à le faire !

CHAPITRE PREMIER

Etude des Symptômes

Douleur. — C'est, presque toujours, le premier symptôme accusé par le malade.

Dans les occlusions lentes et progressives, la douleur relève de deux mécanismes physiologiques différents. 1° L'intestin lutte contre l'obstacle : cette lutte se traduit par le symptôme « colique » et répond à l'irritation des filets du sympathique ; 2° La stase intestinale, par accumulation des matières et des liquides au-dessus de l'obstacle et la dilatation de l'intestin qui en résulte, détermine la compression des nerfs rachidiens : ce qui se traduit par des douleurs profondes, à distance.

La colique est donc la première manifestation douloureuse. Il est rare que, d'emblée, elle se localise au niveau de l'obstacle. Les malades souffrent d'abord de tout l'abdomen, et ces coliques généralisées n'ont rien de spécial (Obs. I, II, III, VIII).

Ce n'est qu'un peu plus tard que se manifestent les douleurs localisées : elles apparaissent sous la forme de crises, au cours desquelles se fait percevoir un point douloureux constant que le patient connaît bien et qui, d'ailleurs, peut rester appréciable dans l'intervalle. Il s'agit d'une douleur intense, le malade éprouvant une sensation pénible de nouure, de torsion, d'éclatement. Parmi les nombreuses localisations possibles, ce sont surtout les douleurs épigastriques, celles de la fosse iliaque droite qu'il faut retenir, comme étant les plus fréquentes et les plus aptes à égarer le diagnostic. Dans l'observation de M. le Docteur FERRON, que nous reproduisons plus loin (Obs. XX), le malade, âgé de 54 ans, vient consulter pour troubles gastriques : il souffre depuis trois mois, se sentant mal à l'aise et ballonné après les repas, surtout après le repas du soir. Depuis un mois, souffrant davantage, il se met, tous les deux jours environ, les doigts dans la bouche pour se faire vomir et se soulager.

Ce sont des crises douloureuses de la fosse iliaque droite dans l'observation de M. Ch. WALTHER (Obs. XII).

La douleur peut constituer le symptôme unique de ces paroxysmes. Parfois, il s'y joint d'autres signes : météorisme localisé, bruits hydro-aériques ; l'ensemble constitue un syndrome sur lequel nous reviendrons ultérieurement et dont la valeur clinique est plus grande.

Les douleurs continues, diffuses, à distance, se

combinent aux crises douloureuses, alternent avec elles, ou au contraire, peuvent prendre le premier plan, soit d'emblée, soit après leur disparition. Elles siègent aux lombes, aux flancs, sous les fausses côtes, à l'ombilic, à l'épigastre et constituent autant de sources d'erreur. Leurs caractères sont variables : lancinantes, rongeantes, sensation de tension, de pesanteur. Parmi elles, il en est une qu'il est utile de connaître, sur laquelle REYNIER (1) a particulièrement attiré l'attention et que BÉRARD et PATEL ont signalé également (2) : elle consiste en un point douloureux de l'hypochondre gauche, correspondant à la septième ou huitième côte. On l'attribue la plupart du temps à des adhérences pleurales ou à une névralgie intercostale alors qu'elle traduit en réalité un obstacle de l'angle colique gauche, dont elle peut être la manifestation clinique essentielle.

Modifications du transit intestinal — La notion d'occlusion intestinale implique, presque fatalement, celle de constipation — et même, puisqu'il est question d'obstacle progressif, d'une constipation croissante. En réalité, c'est le symptôme le plus fréquemment observé ; mais l'évolution d'une occlusion lente

(1) REYNIER. — Valeur séméiologique d'un point douloureux dans l'hypochondre gauche (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 1^{er} fév. 1900).

(2) BÉRARD et PATEL. — Occl. intest. par coudure de l'angle colique gauche (*Rev. de Chir.*, mai 1903).

peut s'accompagner, pendant longtemps, d'une diarrhée souvent abondante et qui semble paradoxale, surtout si l'on élimine toute cause infectieuse surajoutée. Elle revêt des modalités variées : parfois très légère, elle peut aller jusqu'à 5, 6 selles et plus dans les 24 heures, ne cédant à aucune médication. On peut admettre qu'elle est le résultat d'une hypersécrétion abondante de la muqueuse intestinale irritée, au niveau de la portion dilatée, sus-jacente à la sténose. De temps à autre, l'obstacle se laisse vaincre, lorsque la pression est trop considérable, et une évacuation liquide se produit (MATHIEU). Il ne semble pas que cette diarrhée soit susceptible de continuer malgré les progrès de la lésion. Aussi ne se manifeste-t-elle habituellement que dans les phases initiales et, si elle persiste, il faut admettre qu'un élément infectieux s'est substitué à l'élément irritatif simple du début.

Ce qu'on observe le plus souvent, ce sont les périodes alternantes de constipation et de diarrhée. A la suite d'une période croissante, le déblocage se fait spontanément : les gaz et les matières finissent par avoir raison de l'obstacle, encore insuffisant. Le contenu intestinal commence à filtrer : ce n'est d'abord qu'une espèce de défécation par regorgement. Puis, bientôt s'établit une débâcle, suivie d'une période diarrhéique plus ou moins prolongée. Lorsque celle-ci prend fin, la constipation reparait, et l'affection évolue ainsi au milieu d'alternatives, jusqu'au jour où, la crise occlusive étant plus grave, les symp-

tômes s'accusent et se multiplient. Les phénomènes ne rétrocedent pas. L'intestin, asystolique, a renoncé à la lutte contre un obstacle trop puissant.

Mme G..., 57 ans, entre dans le service de M. le Docteur BENSAUDE, le 26 février 1921, pour douleurs abdominales, ayant débuté trois jours auparavant : ce sont des douleurs généralisées, s'accompagnant d'éructations gazeuses fréquentes. Il n'y a pas de vomissements. Quelques gaz intestinaux sont évacués, mais il n'y a pas eu de selle depuis 48 heures. Aucun diagnostic ne peut être porté. L'histoire de la maladie ne donne pas grand renseignement : elle a débuté en novembre 1920, par des douleurs gastriques et de la diarrhée. Cette crise douloureuse, sans manifestation fébrile, sans vomissement, dure une huitaine de jours. A la suite, constipation. La malade ne souffre plus. Nouvelle crise au milieu de décembre 1920, avec les mêmes caractères : la diarrhée est plus abondante. Durée dix jours. Un régime lacté est institué : la constipation s'installe définitivement : les selles sont de plus en plus difficiles, les efforts de défécation sont douloureux. La malade maigrit. Elle est vue par un médecin qui porte le diagnostic d'entérite chronique, due vraisemblablement à de l'appendicite chronique. Dans le service de M. le Docteur BENSAUDE, à Saint-Antoine, on constate qu'il y a un peu d'occlusion : les gaz intestinaux sont évacués spontanément, mais les matières ne sont chassées qu'avec un lavement qui doit être répété quotidiennement. La douleur

semble s'être localisée dans la fosse iliaque droite : l'exploration ne révèle rien à ce niveau. Deux examens aux rayons sont faits : les 2 et 7 mars 1921 : le lavement opaque passe facilement ; toutefois, il y a, semble-t-il, des lacunes au niveau de l'anse sigmoïde, ou dans la partie gauche du transverse (?) Le repas bismuthé ne donne aucun renseignement. Bref, tout diagnostic est impossible. La malade est transportée dans le service de M. le Professeur LEJARS, qui pratique une laparatomie exploratrice et découvre une tumeur néoplasique de l'angle colique gauche, du volume du poing, avec noyaux néoplasiques disséminés sur tout le péritoine. *Cœcostomie*. (Obs. IV).

Ainsi donc, ici, c'est la diarrhée qui ouvre la scène. Elle alterne avec la constipation pour finalement lui céder le pas. Ailleurs, toute phase diarrhéique manque et la constipation s'installe d'emblée. C'est ce qui s'est passé chez la malade de l'observation I dont nous avons donné le résumé en tête de cette étude. D'abord modérée, elle s'accuse avec plus ou moins de rapidité, pour devenir opiniâtre, imposant aux malades la nécessité de recourir constamment et périodiquement aux lavements, puis à tous les laxatifs connus, qui amènent des débâcles souvent invraisemblables. Avec les progrès de l'occlusion, la constipation s'accroît, devient invincible jusqu'au jour où plus rien n'agit. C'est dans ces conditions que l'intestin présente une capacité surprenante : les matières fécales s'y accumulent d'autant plus abondamment

que l'occlusion a évolué plus lentement et est plus bas située. L'absence totale de selles peut se prolonger de façon prodigieuse : Kuss, dans sa thèse (1), cite une malade qui a pu rester 81 jours, sans avoir de garde-robe. L'occlusion traîne ainsi pendant une période de durée indéterminée, souvent très longue. Ce type d'occlusion lente se rapproche considérablement de la stase intestinale chronique. C'est à ce point de vue, d'ailleurs, que les malades sont habituellement considérés, avant l'apparition des symptômes plus alarmants (Obs. I). La similitude entre la constipation chronique et l'occlusion lente est encore accrue du fait que, pendant longtemps, dans celle-ci, les gaz arrivent à se frayer un chemin ; et cette notion tend encore à éliminer l'idée d'un obstacle intestinal.

Pendant longtemps, en effet, l'occlusion est encore incomplète et tant qu'elle est à ce stade, il est possible de se rendre compte qu'il existe chez les malades, des évacuations gazeuses authentiques. Quelquefois, ce sont de bruyantes débâcles, qui mettent fin à une crise douloureuse. D'autres, chez qui l'intestin lutte moins activement contre un obstacle plus serré, émettent, à grand peine, un ou deux gaz quotidiens, qu'ils attendent impatiemment ; car cette évacuation soulage un peu et pour un moment leur abdomen gonflé, procure à leurs douleurs un léger apaisement.

(1) Kuss. — Rétrécissements péricoliques pelviens (*Thèse de Paris*, 1909).

Certains même la provoquent par des manœuvres spéciales. Dans une de nos observations, la malade se couchait sur le côté gauche pour évacuer partie de ses gaz (Obs. XXIX).

De toute façon, la tolérance de l'intestin semble beaucoup moins grande pour les gaz que pour les matières fécales. Si, dans l'évolution de ces occlusions, on remarque des périodes, fort longues, de constipation, au cours desquelles s'accumulent des quantités énormes de fèces, on ne peut constater la même chose pour les gaz intestinaux. Tant que l'obstacle se comporte, à leur égard, comme une soupape qu'ils peuvent forcer, la situation est tolérable. Mais, du jour où la barrière leur devient à eux aussi infranchissable, il en va tout autrement. L'histoire de ces occlusions en offre des exemples constants : l'arrêt des gaz précède de peu l'apparition des symptômes alarmants ; le même organisme qui avait résisté, pendant des semaines, à l'accumulation des matières seules, devient incapable de poursuivre la lutte dans les mêmes conditions, si la rétention des gaz s'ajoute à celle des matières.

Vomissement. — Le vomissement n'est, bien souvent, qu'un acte réflexe marquant la réaction du tube digestif, lésé en un de ses points. Il ne s'agit plus, ici, d'un phénomène purement mécanique, pouvant indiquer, comme l'arrêt des gaz, le degré et les progrès d'une occlusion. C'est pourquoi l'étude de ce symptôme donne des renseignements très variés. Cer-

tains malades vomissent tout ce qu'ils prennent, absolument comme dans l'occlusion aiguë. La malade de l'obs. I ne pouvait rien garder depuis longtemps lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. D'autres ont des vomissements influencés par l'alimentation et orientant le diagnostic vers une affection gastrique, d'autant plus que le malade peut les provoquer, cherchant un soulagement à ses douleurs (Obs. XX), absolument comme dans certaines affections classées et définies de l'estomac ; l'on observe, par ailleurs, les mêmes troubles dyspetiques. On s'explique très bien que la notion d'occlusion intestinale puisse à première vue échapper, en présence d'un malade qui, ballonné et gêné après les repas, se fait vomir à peu près périodiquement pour se soulager.

Toutefois, il est des cas où le facteur réflexe n'intervient pas, ou du moins, dans des proportions si restreintes, en apparence, qu'il est plus facile de se rendre compte de ce qui ressort de l'occlusion elle-même dans la genèse de ce symptôme. Dans ces conditions, c'est un signe qui n'apparaît que tardivement (Obs. II, III, VII, XII). L'imperfection de la fermeture intestinale d'une part, la basse situation de l'obstacle d'autre part, peuvent expliquer ce fait d'observation courante. Ainsi ce malade, M. G..., 55 ans, (Obs. II), qui, entré dans le service de M. le Professeur LEJARS, à Saint-Antoine, le 17 avril 1921, malade depuis janvier de la même année, en état d'occlusion lente et progressive depuis cette date, n'a eu son premier vomissement que le 15 avril.

Donc, ayant manqué auparavant, il ne survient qu'au moment où l'occlusion se ferme complètement et son apparition coïncide avec l'éclosion d'autres indices de gravité.

Il peut manquer pendant toute la durée de l'affection et il est possible de voir des malades, en état d'occlusion inquiétante, n'ayant pas eu d'évacuations intestinales depuis longtemps, qui n'ont cependant pas encore eu un seul vomissement et présentent seulement un état nauséux plus ou moins marqué. C'est ce qui ressort très nettement de l'observation IV.

De toute façon, le vomissement apparaît d'abord avec le caractère alimentaire. S'il se répète, il peut devenir muqueux et bilieux. Mais, et c'est là un fait capital dans l'histoire de ces occlusions, il ne prend que fort tard le caractère fécaloïde — si même il le prend. Ainsi se trouve détruite l'équation, trop souvent admise : occlusion = vomissement fécaloïde.

Météorisme. — Il est, avant tout, conditionné par la réplétion gazeuse des anses intestinales. Aussi, ce signe peut-il totalement faire défaut, et l'on voit l'abdomen conserver sa souplesse et son volume normal, tant que l'obstacle reste perméable aux gaz. Toutefois, avec une constipation un peu accusée, une distension légère est assez constante : le ventre est un peu gros, mais il se laisse encore déprimer et permet une palpation profonde.

D'ailleurs, chez le même malade, l'aspect de l'ab-

domen varie, non seulement d'un jour à l'autre, mais d'un moment à l'autre dans le courant d'une même journée, s'affaissant à l'occasion d'une débâcle, pour se météoriser de nouveau progressivement.

Dans certains cas, surtout aux phases initiales, on assiste à une distension partielle et passagère des anses intestinales, que l'on voit se contracter isolément et successivement. Ces ondulations péristaltiques sont d'un haut intérêt clinique. Malheureusement, c'est un phénomène fugace et passager, et pour avoir la chance de l'observer, il faut, parfois, attendre longtemps au chevet du malade, à moins, ce qui est rare, que l'on ne réussisse à le provoquer par la palpation ou une légère percussion. Il n'a de réelle valeur que si ces ondulations s'arrêtent en un point fixe, toujours le même (Obs. V). Lorsqu'il est très accusé et qu'il s'accompagne d'une douleur locale, elle aussi, ce météorisme régional donne lieu au syndrome de Kœnig, que nous étudierons plus loin.

Avec les progrès de l'occlusion, tout phénomène de contracture tend à disparaître. L'intestin, en effet, réagit de moins en moins contre l'obstacle. La tunique musculaire finit par se paralyser et devient asystolique. Or, à ce stade, on est souvent frappé de constater un abdomen d'une souplesse déconcertante chez un individu en état d'occlusion prolongée ; l'exploration du ventre n'est pas douloureuse et ne permet nullement d'apprécier l'énorme quantité de matières qui se sont accumulées pendant des semaines, et dont l'issue, soit par le rectum, soit par un anus

iliaque, donne lieu à ces débâcles formidables, que chacun connaît.

Le météorisme n'apparaît réellement qu'avec la rétention complète et permanente des gaz. Il peut être très marqué avec un abdomen volumineux, tendu, sonore, douloureux. Mais, au stade ultime de ces sténoses, aussi notable soit-il, le météorisme ne donne jamais cette sensation de « tension à plein » qui caractérise l'iléus.

Etat général. — Il semblerait qu'il doive toujours être conditionné par l'affection causale. Mais souvent, il n'en est rien, et il est fréquent que, même avec des lésions retentissant habituellement sur l'organisme, comme le cancer et la tuberculose, l'état général reste excellent (Obs. II, III, IV, VII).

Inversement, une occlusion lente, dont le point de départ est une affection bénigne, peut s'accompagner d'une atteinte profonde de l'état général. Le fait se produit surtout dans les cas où les crises douloureuses sont intenses, répétées ; principalement lorsqu'il existe une corrélation entre leur apparition et l'ingestion alimentaire. Le sujet réduit alors lui-même son alimentation, et, à l'intoxication stercorale, s'ajoute l' inanition par nourriture insuffisante. L'amaigrissement, l'anémie, la perte des forces, entraînent fatalement l'idée de néoplasme, de tuberculose (Observations VIII, XI, XV, XVI, XVIII, XXII, XXV). Le rapprochement de ces deux possibilités cliniques : occlusion de nature bénigne avec

très mauvais état général, et occlusion de nature maligne avec excellent état général, explique déjà la difficulté, sinon l'impossibilité qu'il y a, à établir un diagnostic étiologique certain.

Mais ce qu'il importe de signaler avant tout dans l'évolution de ces occlusions lentes, c'est le fait suivant : à leur phase ultime, au moment où tout transit semble être arrêté, on n'observe aucun changement dans l'état général du malade. Avec des symptômes fonctionnels devenus inquiétants, il reste, ce qu'il était auparavant : malgré le long arrêt des matières, l'absence ou l'extrême rareté des gaz, malgré les vomissements répétés, on constate que la langue reste humide ; le faciès ne se grippe pas, l'euphorie est parfaite (Obs. V). C'est justement ce fait qui crée le danger de ces occlusions : se fiant au pouls, qui reste bien frappé, à l'aspect du malade, on croit pouvoir attendre. Or, si les choses traînent quelquefois en longueur, il ne faut pas oublier les cas où, brusquement, en quelques heures, la situation devient alarmante. On voit changer le malade à vue d'œil : le faciès s'altère, les yeux s'excavent, le pouls s'accélère, faiblit, les extrémités se refroidissent, sans qu'aucun symptôme fonctionnel nouveau se soit manifesté.

Cette terminaison, foudroyante, d'une occlusion qui, bien qu'à peu près complète, avait traîné d'une façon surprenante, est une éventualité qu'il faut toujours avoir à l'esprit dans la conduite du traitement.

CHAPITRE II

Signes traduisant une occlusion encore incomplète

Borborygmes, Syndromes de Kœnig et de Bouveret.

— Le borborygme traduit la victoire de l'intestin sur l'obstacle contre lequel il lutte. Ce symptôme n'existe que si la tunique musculaire intestinale possède encore suffisamment de contractilité : il disparaît habituellement avec les progrès de l'occlusion et l'épuisement du muscle.

Il ne se manifeste pas isolément mais s'accompagne de douleurs, de péristaltisme. L'association habituelle de quatre symptômes : coliques, hyperpéristaltisme, borborygmes, débâcles fécales et gazeuses, constitue le syndrome de KœNIG, décrit par cet auteur en 1890. Auparavant, BOUVERET avait déjà décrit en 1887 (*Lyon Médical*) un syndrome douloureux de

la fosse iliaque droite, indiquant un obstacle colique, et qui n'est, en réalité, que le même syndrome, adapté à la première partie du cadre colique.

Il consiste en ceci qu'au siège de la douleur maxima, il est possible de percevoir des anses intestinales distendues, sur lesquelles on peut surprendre des contractions péristaltiques. Les choses évoluent de la façon suivante : la malade éprouve, d'abord, une sensation de torsion, de nouure, qui débute toujours au même point. Cette douleur va progressant, en même temps que l'abdomen se météorise : de ce point dilaté, correspondant au siège de la douleur, part une ondulation péristaltique, qui suit toujours la même direction ; sous les téguments, on voit la lente progression des contractions : on dirait, dit KÆNIG, qu'un serpent est enfermé dans le ventre et s'y débat. C'est au moment où ces contractions sont le plus visible que le malade accuse les coliques les plus violentes. A cet instant, brusquement, se produisent des gargouillements des glou-glou, suivis de bruits de fusée. En même temps, le météorisme s'efface ou s'atténue ; le malade se sent soulagé et ne tarde pas à avoir une évacuation abondante de liquides diarrhéiques et de gaz.

À moment de la crise, en percutant la zone météorisée, on obtient de la sonorité ; en déprimant la paroi par secousses brusques, on met en évidence un clapotement très net. En dehors des crises, on ne sent habituellement rien. Cependant, avec les progrès de la sténose, l'intestin s'évacue moins complète-

ment et, peu à peu, se laisse distendre en une ou plusieurs cavités remplies de liquide, qui donne avec la sensation du flot, une matité mobile. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce nouveau syndrome.

Dans la majorité des cas, le syndrome de Kœnig se montre périodiquement : sans être provoqué par l'ingestion alimentaire, il correspond, cependant, à une phase déterminée de la digestion. La régularité des crises douloureuses est même un caractère sur lequel a insisté TUFFIER (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 17 juin 1908), et qui permet, avec la constance du péristaltisme et de la douleur en un même point, d'éliminer les états spasmodiques de l'intestin.

Ce syndrome a une valeur réelle, aussi bien pour révéler l'existence d'une occlusion, que pour apprécier, dans une certaine mesure, la perméabilité intestinale.

Il se rencontre avec une très grande netteté dans les occlusions du grêle (Obs. VIII, XI), et traduit alors l'obstacle avec une fidélité telle que lorsque celui-ci est multiple, les crises se répètent autant de fois qu'il y a de points rétrécis : ces coliques étagées (KOEBERLÉ) se voient dans les affections sténosantes de la fin de l'iléon : l'élimination de l'élément spasmodique est plus difficile dans ce cas qu'en présence d'un syndrome unique.

Il existe aussi dans les occlusions du gros intestin, mais avec beaucoup moins de netteté (Obs. V, XVIII). Le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite

décrit par BOUVERET, n'est autre chose que le syndrome de KÆNIG, révélateur d'une occlusion du colon ascendant ou de l'angle droit. Il consiste en crises caractérisées par une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite, au niveau de la région appendiculaire ; douleur très vive se propageant jusque dans le flanc droit. Dans la même région, on peut voir un gonflement et des contractions péristaltiques, qui progressent de la fosse iliaque vers le rebord costal, c'est-à-dire suivant la direction du colon. Entre les crises, on note une dilatation permanente du cœcum, avec clapotage marqué et matité déclive (Obs. VI).

A vrai dire, il ne faut pas s'attacher à rechercher tous les éléments du syndrome pour affirmer l'obstacle. Bien souvent, le malade accuse seulement un point douloureux abdominal, survenant brusquement et bien localisé. En même temps, il éprouve une sensation de tension, une gêne. Il a nettement l'impression de « quelque chose » contre quoi viennent se briser les efforts qu'il fait pour chasser des gaz qui l'encombrent et qu'il sent remuer dans son ventre. Cet état persiste plus ou moins longtemps. Il s'accompagne quelquefois d'un état nauséux assez marqué. Puis, tout d'un coup les efforts sont suivis de succès : les gaz passent avec un bruit plus ou moins considérable, le malade est soulagé. On ne perçoit chez lui, ni météorisme localisé, ni repétition des anses, la crise diarrhéique terminale manque, et, cependant, cette ébauche de Kœnig doit faire penser à un obstacle. Dans une observation de Mar-

quis que nous reproduisons, il manquait même la débâcle gazeuse marquant la fin de la crise, ou, plutôt, cette débâcle se faisait par la bouche, sous forme d'éruclations nombreuses (Obs. VIII).

Syndrome de la fausse ascite ou de Ricard-Mathieu. — Signalé en premier lieu par von LITTEN à la *Société médicale de Berlin* (18 novembre 1885), à l'occasion d'une erreur de diagnostic, révélée à l'autopsie, ce syndrome a été maintes fois repris et étudié depuis : par DELBET (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, Paris 1898), par NOTHNAGEL (Traité des maladies de l'intestin et du péritoine, 1898). Ce sont surtout RICARD (*Soc. de Chir. de Paris*, séances du 14 juin 1907 et du 11 mars 1908), et MATHIEU (*Soc. Méd. des Hôp.*, 22 mai 1908) qui en ont donné la meilleure description et en ont signalé l'intérêt, à tel point que ROCHARD a proposé d'appeler ce signe : syndrome de RICARD-MATHIEU (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1908, n° 31). Il a fait, depuis, l'objet de la thèse de GIRET (L'occlusion intestinale incomplète. *Thèse de Paris*, 1909).

Ce syndrome est la traduction de la dilatation subie par les anses intestinales en amont de l'obstacle. Il peut coexister avec le précédent et se découvre alors entre les crises douloureuses (Obs. XVII). Plus habituellement, lorsqu'il apparaît, les coliques ont à peu près complètement cessé ; cela se conçoit d'ailleurs fort bien, puisque, pour se constituer, il a besoin d'une tunique musculaire fatiguée, relâchée.

Il se recherche comme l'ascite, qu'il simule parfaitement. Le malade étant couché sur le dos, la vessie évacuée, on trouve une zone de matité ombilico-pubienne, en demi-cercle, ouverte en haut, et emprisonnant en son centre une zone de sonorité normale.

Mais il est un point particulier sur lequel a insisté DELFET, c'est que la ligne qui sépare la matité de la sonorité, présente, au lieu d'être continue, des inflexions plus ou moins marquées : c'est une ligne brisée. En faisant placer le malade dans le décubitus latéral, les zones de matité et de sonorité se déplacent, la matité restant toujours déclive. Cependant, il faut un temps assez long pour que se modifie la topographie des zones matte et sonore, et, pendant ce temps, il est possible, en approchant l'oreille de la paroi abdominale, d'entendre un bruit de ruissellement.

Avec la matité, on peut mettre en évidence un clapotage abdominal très net, soit par la succussion digitale, soit par la succussion totale.

D'après WILMS (*Munch. Méd. Wochensch.*, 1^{er} février 1910) l'auscultation permet, dans ce syndrome de fausse ascite, d'entendre, même chez les personnes très obèses, de petits bruits métalliques, qui sont dus à l'éclatement de petites bulles de gaz à la surface du liquide retenu dans l'intestin dilaté. Ce serait, d'après l'auteur, un signe très précoce, se manifestant dès le début de la sténose — les borborygmes, eux-mêmes, seraient plus tardifs.

Ce syndrome est variable d'un jour à l'autre. Il

peut même disparaître pendant plus ou moins longtemps, et réapparaître dans la suite — les modifications sont conditionnées par la vidange de l'intestin distendu à travers la sténose.

Ces variations et l'analogie qu'il présente avec l'ascite et la dilatation gastrique, avec laquelle il peut être confondu aussi, en rendent l'interprétation difficile : presque toujours un examen radioscopique de l'intestin est nécessaire pour affirmer qu'il existe réellement. D'autre part, il n'a pas, par lui-même, une valeur absolue : on peut, en effet, le constater dans certains cas de banale entérite aiguë, avec parésie intestinale et hypersécrétion de la muqueuse (MATHIEU).

Toutefois, si l'on tient compte des circonstances au milieu desquelles il apparaît, si l'on analyse minutieusement les symptômes qui l'accompagnent, il peut servir à déceler une occlusion peu serrée.

Permet-il de localiser l'obstacle ? On en a fait, d'abord, un signe caractéristique des occlusions progressives de la fin du grêle. C'est d'ailleurs, à leur sujet, qu'il a été décrit ; la matité et le clapotage correspondent à une ou plusieurs anses grêles, à demi remplies de liquide, dilatées souvent au point de simuler un cœcum, voire même un estomac.

Mais le cœcum lui-même, avec le colon ascendant et surtout le transverse, peuvent, dans certains cas d'occlusion progressive, se laisser dilater de la même façon et, entraînés par leur poids, venir, dans la par-

tie sous ombilicale de l'abdomen, déterminer de la matité, accompagnée de clapotage (Obs. XVIII).

Il ne faut donc pas demander à ce syndrome plus qu'il ne peut donner : sa constatation, confirmée par la radioscopie, doit suffire à établir l'existence d'une occlusion incomplète et lente en un point du tractus digestif, mais ne permet pas de dire quel est le point intéressé.

CHAPITRE III

Allures Cliniques

La forme clinique la plus simple est celle où l'obstacle se manifeste par une constipation constante, qui domine la scène, et devient, plus ou moins rapidement, invincible, — tant que les purgatifs et les lavements provoquent une évacuation des matières et des gaz, la notion d'obstacle peut échapper. Le malade n'y prend pas garde jusqu'au jour où les moyens habituels sont inefficaces. Il se présente alors dans un état qui n'est que l'exagération des symptômes observés depuis longtemps (Obs. I, II, IX, XIV, XXII, XXIII, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX).

Sur le fond de constipation chronique, se greffent des crises douloureuses, au cours desquelles se manifestent quelques symptômes un peu plus nets (vomissements, arrêt temporaire des matières et des gaz). C'est une de ces crises, plus violente que les

précédentes, qui détermine le malade à consulter son médecin. L'état qu'il présente n'est que l'exagération des symptômes observés habituellement en pareil cas. La crise traîne en longueur et ne cède pas. (Obs. III, V, VI, VIII, X, XI, XIII, XVI, XIX, XXI, XXIV, XXV).

Dans certains cas, c'est une crise douloureuse qui ouvre la scène. Elle est suivie d'une débâcle diarrhéique. Elle se reproduit à intervalles plus ou moins éloignés. La diarrhée disparaît peu à peu pour faire place à la constipation (Obs. IV, XVIII, XX).

Enfin, la douleur peut dominer la scène. Constante ou paroxystique, elle ne s'accompagne d'abord d'aucune manifestation intestinale : il n'y a ni diarrhée, ni constipation. Puis, un beau jour, au cours d'un paroxysme, le blocage s'effectue (Obs. VII, XII, XV, XVIII).

Ainsi donc l'allure clinique que peuvent prendre les symptômes révélateurs d'un obstacle intestinal se constituant lentement, est éminemment variable.

Ils aboutissent fatalement à un ensemble clinique d'occlusion confirmée. Mais rien ne rappelle, dans ce cas, le tableau de l'iléus : il n'y a aucun élément dramatique ; il n'y a pas cette succession rapide de symptômes progressivement alarmants qui impliquent nettement la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate. L'arrêt stercoral existe, mais quelques gaz font espérer un déblocage, qui évitera l'intervention : la débâcle ne s'est-elle pas déjà produite d'ailleurs si souvent, antérieurement ? Le ven-

tre est encore souple, un peu gros il est vrai, mais ce n'est pas cette sensation de tension à plein qui commande le rétablissement urgent du transit intestinal. Les heures, les jours passent et, cependant, ce malade ne vomit pas encore, ou bien ses vomissements, malgré la date éloignée du début des accidents, ne se modifient pas et restent bilieux. L'état général, enfin, semble motiver cette attente : le malade, bien qu'un peu fatigué, ne présente pas cette agitation anxieuse de l'occlusion aiguë ; le pouls reste bien frappé, pas de sueurs, pas de refroidissement des extrémités.

Cet état d'occlusion traînante, qui peut se prolonger pendant un temps considérable (Obs. IV, V, VII, XI), est tout à fait spécial aux obstacles, quels qu'ils soient, qui se sont constitués lentement et progressivement.

Alors que dans une occlusion brusquement réalisée, complète d'emblée, l'arrêt du transit intestinal détermine l'apparition de symptômes graves en un laps de temps dont la durée maxima est de trois jours en moyenne, dans une occlusion lente et progressive, l'organisme est susceptible de supporter les mêmes accidents, non pas indéfiniment, mais durant une période dont la durée est surprenante (un mois dans l'obs. VII).

CHAPITRE IV

Diagnostic

On conçoit qu'en présence d'éventualités si diverses, les erreurs de diagnostic puissent être fréquentes et qu'une occlusion peu serrée passe inaperçue, à une époque où elle se caractérise par quelques accidents vagues, sans caractères tranchés.

Toutefois, il est possible d'éviter l'erreur si l'on tient pour suspects tous les états chroniques, mal définis du tube digestif, troubles gastriques compris, et si, en présence d'un groupement symptomatique qui laisse persister quelque doute, on sait mettre en œuvre tous les procédés d'investigation possibles. Le toucher rectal, le toucher vaginal, le tubage de l'estomac, la recto-sigmoïdoscopie, l'insufflation ont leur importance. Mais c'est surtout à la radioscopie qu'il faudra s'adresser, en songeant que de nombreux examens méthodiques sont presque toujours

nécessaires pour dépister l'obstacle intestinal, l'estomac étant nettement mis hors de cause.

En l'absence de crises douloureuses, il est difficile de se prononcer sur la nature d'une constipation opiniâtre, invétérée. Est-elle la traduction d'une stase intestinale, ou le symptôme initial, révélateur d'un obstacle localisé ? La stase intestinale chronique dans ses formes localisées, soit à la fin de l'iléon, soit au niveau de l'angle gauche, soit au niveau de l'anse sigmoïde, est souvent impossible à diagnostiquer, d'autant plus qu'elle conduit elle-même à l'occlusion vraie. D'ailleurs, en l'état actuel des connaissances acquises sur cette question, le problème de l'intervention se posant dans l'un et l'autre cas, c'est surtout celui de la nature de l'obstacle qui est envisagé : obstacle mécanique simple — ou lésion organique ?

L'apparition de coliques, strictement localisées, se répétant, et s'accompagnant régulièrement d'un péristaltisme, localisé lui aussi doit être suffisante pour faire naître l'idée d'une occlusion. Dans quelques cas, certains syndromes douloureux de l'abdomen ont pu, un moment, donner le change : coliques hépatiques, néphrétiques, appendiculaires (Obs. X, XII, IV). Ces dernières, particulièrement, soulèvent les problèmes les plus délicats, des phénomènes d'occlusion vraie, pouvant venir se greffer, sans transition, sur un fond d'appendicite chronique.

Quant au syndrome de KÆNIG, il est assez typique pour qu'il soit inutile d'en attendre la fréquente ma-

nifestation avant d'affirmer l'obstacle et de compléter le diagnostic par des examens aux rayons X.

Pour peu que les manifestations douloureuses soient frustres et passent inaperçues, il est plus difficile d'interpréter le syndrome de la fausse ascite, qui constitue, quelquefois, à lui seul, toute la symptomatologie. Dans ce cas, c'est encore l'examen aux rayons qui donne la solution du problème : l'écran traduit, en effet, ce signe avec suffisamment de netteté pour qu'il n'y ait pas d'erreur dans l'affirmation d'un obstacle.

A la période ultime, enfin, à la phase d'occlusion confirmée, le problème est transporté sur un autre terrain, celui de l'intervention, après avoir, dans la mesure du possible, déterminé le siège de l'obstacle.

Diagnostic du siège de l'obstacle. — Il est exceptionnel que la clinique seule fournisse les éléments suffisants pour établir le siège de l'obstacle.

Il n'y a que les occlusions recto-sigmoïdiennes, accessibles directement (toucher rectal ou rectoscopie) qui peuvent être décelées (Obs. II, V, XXIV).

Lorsque la sténose ne peut être localisée par ces moyens d'investigation, c'est, presque toujours l'imprécision, si l'on s'en rapporte aux données fournies par la clinique.

C'est à la douleur localisée, avec météorisme et péristaltisme nets au même point, qu'il faut attribuer la plus grande importance : ce sont les éléments les plus nets du syndrome de KÆNIG.

Le mode de péristallisme est différent suivant les régions intéressées : pour le grêle, il se manifeste sous la forme d'ondes de peu d'étendue, avec courbes flexueuses, localisées autour de l'ombilic. Il est très marqué, très apparent. Pour le gros intestin, au contraire, il est peu intense, constitué par des ondes larges, difficiles à saisir, qui suivent le cadre colique : ascendantes vers les fausses côtes à droite, transversales de la région sous-hépatique à la région splénique, pour le transverse. Au niveau du colon descendant, le péristaltisme, associé à la présence de matières dures dans l'intestin, donne le signe de la corde colique.

Le clapotage avec matité déclive a déjà beaucoup moins de valeur : péri-ombilical, il plaide cependant davantage en faveur d'un obstacle du grêle. Mais le transverse, ptosé et à contenu liquide, peut émigrer de la région sus-ombilicale et venir déterminer ce signe dans les régions basses de l'abdomen.

Quant au clapotage qui accompagne la dilatation du cœcum, il ne sert qu'à localiser l'obstacle sur le colon, mais ne peut indiquer aucunement la région du cadre colique intéressée : il est le siège de phénomènes de stase, aussi bien dans les lésions occlusives du colon ascendant que dans celles de l'anse sigmoïde (Obs. XVIII).

Lorsqu'il existe une tumeur, et que celle-ci a été reconnue intestinale, il ne faut pas se fier à la place qu'elle occupe pour déduire le siège de l'obstacle : ceci, vrai pour les tumeurs sténosantes du grêle, l'est

également pour les tumeurs coliques, car l'élongation des mésos peut leur faire occuper une situation anormale, non seulement dans l'abdomen, mais encore dans la cavité pelvienne, où peuvent se prolabor des tumeurs que l'on sent à travers les parois rectale et vaginale.

La façon dont évoluent les lésions pourrait, quelquefois, donner une idée de la place qu'elles occupent sur le tube digestif : les crises répétées, suivies de débâcles abondantes de matières franchement liquides, indiqueraient une occlusion de la partie terminale du grêle, ou de la première moitié du gros intestin. Au contraire, celles de la deuxième moitié du gros intestin donneraient lieu à peu de crises douloureuses et, par contre, conduiraient, presque d'emblée, à une crise occlusive, évoluant sans rémission, et pouvant devenir rapidement mortelle, après une période traînante. Ces caractères, mis en relief par MICKULICZ correspondent souvent à la réalité, sans toutefois être absolus ; car le contenu du gros intestin, profondément modifié, dans ces occlusions lentes, ne reste pas forcément liquide dans sa première partie, solide dans la seconde (Obs. VIII par exemple, où une occlusion du grêle ne donna jamais de diarrhée, ni même de débâcle de matières molles). D'autre part, ils ne donnent qu'une vague idée de la topographie des lésions.

Il ne faut pas se baser non plus sur les modifications de la forme des matières fécales : des matières rubannées n'indiquent pas nécessairement un obsta-

cle bas situé. C'est ainsi que dans une observation de rétrécissement de la fin du grêle, on peut lire que le bol fécal avait ce caractère (Obs. XIV). D'autre part, il est fréquent que des néos en virole de l'S. iliaque, même très serrés, ne donnent lieu à aucune modification dans la morphologie des matières expulsées.

Etude radiologique ⁽¹⁾

Sans apporter régulièrement des documents d'une précision absolue, l'examen de ces occlusions lentes aux rayons X n'en fournit pas moins certains renseignements qui, joints aux données de la clinique, sont d'une utilité indéniable.

Toutefois, il y a déjà lieu de formuler quelques réserves : dans certains cas, l'obstacle découvert aux rayons n'est pas retrouvé au cours de l'opération ; dans d'autres, existant réellement, il est découvert en un endroit plus ou moins éloigné de celui que l'écran avait indiqué. Mais ce sont là considérations qui ne doivent pas diminuer la valeur d'un des meilleurs procédés d'exploration dont nous disposons actuellement, et auquel il faut avoir, systématiquement, recours.

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, de larges emprunts ont été faits au Rapport de M. BÉCLÈRE (25^e Congrès français de chirurgie) et à un article de M. BENS AUDE (*Paris Médical*, 1917).

L'examen aux rayons peut se faire sans aucune préparation : dans ces conditions, on constate dans l'abdomen la présence d'une ou plusieurs poches hydrogazeuses, dont les niveaux liquides sont à des hauteurs différentes. C'est au-delà du dernier niveau que siège l'obstacle ; mais il est, la plupart du temps, difficile, sinon impossible, d'apprécier la situation exacte de ce niveau sur le tube digestif, dont on ne possède aucun point de repère bien précis. Somme toute, on a là un indice d'occlusion certaine, mais il est impossible de préciser le siège de l'obstacle.

Sur un malade préparé, l'examen fournit de bien meilleurs renseignements.

Dans l'ignorance absolue du siège de l'obstacle, c'est au lavement opaque qu'il faut avoir recours en premier lieu, car, d'une part, tout malade atteint d'occlusion, fut-il même en crise, est capable de le tolérer ; d'autre part, il permet d'éliminer rapidement les sténoses du colon qui, seules, sont accessibles à ce procédé d'investigation.

En cas d'obstacle, il donne un signe net et précis : l'arrêt brusque du liquide injecté. Lorsque, en effet, pendant l'administration du lavement opaque, il y a arrêt brusque, définitif, absolu, de la tête de la colonne, c'est un signe certain qu'il existe, à ce niveau, un obstacle assez serré. Mais, pour l'affirmer, il faut qu'au cours d'examens successifs, il se reproduise toujours au même endroit — qu'il subsiste malgré l'accroissement de pression, et les mouvements actifs du sujet — que la seule pression du

lavement provoque une douleur, en même temps qu'une impérieuse envie d'aller à la selle — que la palpation réveille une douleur constante, superposée à l'obstacle visible sur l'écran.

Il ne faut pas, d'emblée, rejeter l'hypothèse d'une sténose du gros intestin, si le lavement opaque pénètre sans difficulté apparente jusque dans le cœcum. C'est ainsi que dans l'observation de MATHIEU (XVIII), le cœcum se remplissait malgré que l'obstacle se trouvât sur le colon ascendant. La pression du lavement peut suffire à franchir un obstacle peu serré, que le péristaltisme intestinal seul ne peut vaincre : dans ce cas, l'examen après repas bismuthé montre le point rétréci. D'autre part, des arrêts temporaires de la colonne opaque sont souvent observés : ils sont dus, soit aux spasmes, dont la présence est, d'ailleurs, un élément en faveur d'un obstacle (Mathieu), soit à des haltes d'ordre physiologique : siégeant surtout aux angles coliques et à l'S iliaque. Il y a lieu d'être très réservé dans les conclusions à tirer des arrêts qu'on y observe ; d'autant plus que les travaux de Lane et de Jordan ont révélé le rôle important joué par ces points dans la genèse de certains états de stase intestinale chronique, qui peuvent aller jusqu'à l'occlusion. L'angle gauche du colon, l'anse sigmoïde, la fin de l'iléon, demandent à être particulièrement étudiés à ce point de vue, et ce n'est qu'après de multiples examens radioscopiques que l'on peut se prononcer.

Le repas opaque s'adresse aux occlusions du grêle

qui échappent au lavement. Il donne des images tout à fait caractéristiques, formées par la stagnation prolongée du contenu intestinal, et par l'élargissement des anses grêles. Ces images sont constituées par des ombres anormalement allongées, rubannées, atteignant la largeur du colon, ou encore par des cavités ampullaires remplies de gaz et de liquide, allant de la taille du poing à celle de la tête d'un enfant. Le niveau liquide est, dans les cavités, à des hauteurs différentes, et se détachant sur le champ clair des zones gazeuses, donne l'impression de tuyaux juxtaposés et de longueur inégale : ce sont de véritables tuyaux d'orgue, suivant l'expression de M. BÉCLÈRE. Il est exceptionnel que l'on observe seulement une cavité hydro-gazeuse. Presque toujours, il en existe au moins deux, et souvent davantage. Dans chacune d'elles, le niveau du liquide est perpétuellement instable : on le voit alternativement monter et descendre lentement, avec des temps d'arrêt, tandis qu'un mouvement inverse se produit, sans aucune régularité apparente, dans les cavités voisines.

A première vue, on pourrait confondre avec les colons, les anses élargies du grêle, mais une observation un peu attentive permet d'éviter l'erreur. Toutefois, il est des cas où ce diagnostic est impossible (MATHIEU, Obs. XVIII).

CHAPITRE VI

Diagnostic étiologique

Il serait à souhaiter qu'il fut possible, dans tout cas d'occlusion lente et progressive, de déterminer la cause des accidents. Il n'est, en effet, pas indifférent de rester dans l'ignorance sur ce point car toutes ces occlusions ne sont pas destinées à recevoir le même traitement. Or, s'il est des cas où l'affection causale est suffisamment caractérisée pour rendre ce diagnostic possible, il en est d'autres, qui constituent la majorité, où la nature de l'obstacle ne peut être découverte de façon certaine. La lenteur avec laquelle il se constitue, ne fournit aucun élément caractéristique et c'est uniquement sur des signes de présomption qu'il faut se baser pour entreprendre un traitement toujours délicat.

Toutefois, il peut exister, dans l'histoire des malades, certains anamnestiques, dont il y a lieu de tenir compte. C'est, d'abord, le *traumatisme de l'abdomen*. Quelle qu'en soit la nature, il peut être à l'origine d'accidents d'occlusion lente et progressive. La contusion intestinale simple, par infiltration des parois, détermine la formation de rétrécissements cicatriciels, même si elle ne s'accompagne pas de lésions plus accentuées, telles que la désinsertion circonscrite du mésentère, ou la thrombose des vaisseaux mésentériques. La notion d'un traumatisme antérieur a une importance réelle, même si les accidents immédiats ont été peu marqués et de courte durée. Il peut, en effet, s'écouler, entre la date du traumatisme et l'apparition des signes d'occlusion, une longue phase silencieuse : Voici un jeune homme de 28 ans (Obs. XVII) qui, deux ans avant son entrée à l'Hôpital, a reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. La douleur immédiate fut atroce. Mais le malade peut reprendre son service quelques jours après. Dans la suite, six mois après seulement, apparurent des crises douloureuses qui se renouvelèrent à intervalles variables, mais espacés. Une dernière crise, plus violente, le fit conduire à l'Hôpital Saint-Antoine. Il y est opéré et la laparotomie fait découvrir un rétrécissement de la fin de l'iléon : cicatriciel et annulaire.

Quelquefois, une intervention antérieure, chirurgicale ou non, pour *hernie étranglée*, peut avoir quelque importance. Il est en effet possible d'observer,

plus ou moins tardivement, des signes de sténose progressive de l'anse étranglée. Les rétrécissements sont, parfois, extrinsèques ; plus souvent intrinsèques. Il s'agit, alors, d'une hernie dont le collet était très serré, et qui avait donné lieu à des lésions nécrotiques de la muqueuse : leur cicatrisation provoque une sténose, soit localisée au collet (elle est annulaire, unique ou double), soit étendue à toute l'anse herniée (elle est segmentaire). Ce sont ces faits qui ont constitué l'objet d'un rapport de M. le Professeur LEJARS (Des rétrécissements tardifs de l'intestin, consécutifs à l'étranglement herniaire. *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 8 mars 1905).

Dans le même ordre d'idées, il ne faut pas négliger toute affection abdominale antérieure, ayant été capable de donner lieu à une réaction péritonéale concomitante : appendicite, choléystite, gastrites, affections utéro-ovariennes. A la suite de crises appendiculaires, notamment, les accidents d'occlusion sont fréquents : souvent aigus, ils peuvent, cependant, prendre l'allure lente et progressive. A vrai dire, l'adhérence ou la bride qui se forme dans ces conditions, se constitue assez rapidement : mais ce n'est que lentement et progressivement que l'intestin se coude sur elle et se ferme.

De toute façon, il est prudent de n'accorder à ces éléments fournis par l'interrogatoire du malade, qu'une valeur limitée : l'existence de commémoratifs de ce genre, n'exclue, en effet, d'aucune façon, la possibilité d'une occlusion de toute autre nature. Il

en est ainsi surtout des notions de typhoïde ou de dysenterie antérieure, dont on tient peu de cas (1).

D'ailleurs, le plus fréquemment, l'occlusion intestinale lente et progressive apparaît dans des circonstances telles que tout diagnostic étiologique semble impossible. On ne peut tirer aucun renseignement décisif de l'interrogatoire du sujet, ni de l'évolution de l'affection. Les symptômes sont vagues. Le toucher rectal et le toucher vaginal sont négatifs. L'exploration de l'abdomen ne révèle *aucune tumeur* appréciable. La radioscopie n'a fourni que des éléments insuffisants pour déterminer le siège de l'obstacle.

Dans de telles conditions, si l'âge du sujet le permet, c'est au *cancer* qu'il faut penser tout d'abord, car, dans la genèse de ce syndrome, c'est lui qui occupe la première place. A tel point que le chirurgien, en présence d'un cas analogue, a tout intérêt à chercher à établir la cause néoplasique ou non néoplasique des accidents. « D'ailleurs, il y aurait moins d'inconvénients à croire à tort à un néoplasme, qu'à faire l'erreur inverse » (QUÉNU) (1).

Combien de fois l'ouverture de l'abdomen n'a-t-elle pas vérifié l'exactitude de ce fait, en révélant l'existence d'un petit cancer en virole, dont le gros

(1) Toutefois, BRUN et MASSELOT ont présenté à la *Soc. de chir. de Paris* (23 fév. 1921), une occlusion intestinale par rétrécissement consécutif à une dysenterie amibienne.

(1) QUÉNU. — *Soc. de chir. de Paris*, 3 avril 1901.

intestin, en particulier l'S iliaque, est le siège habituel.

Le squirrhe atrophique du gros intestin a, en effet, une période de latence, ou de tolérance, tout à fait remarquable, ne donnant lieu qu'à fort peu de symptômes : les accidents d'occlusion sont à peine ébauchés, difficiles à saisir. C'est un fait sur lequel ont insisté MICKULICZ, HARTMANN, MATHIEU, BOUSQUET.

Il faut y penser en présence d'une personne aux environs de la cinquantaine, car l'âge est le seul facteur positif. Ce sont des gens qui vont, qui viennent, vaquant à leurs occupations quotidiennes. Ils sont constipés depuis fort longtemps, et ne font pas grande attention aux petites misères dont ils peuvent souffrir (coliques, quelques vomissements) et qu'ils attribuent à cette constipation, jusqu'au jour où une crise sérieuse les amène au médecin. Il faut tenir grand compte du moindre signe de déchéance organique que peuvent présenter ces malades. Il en est dont l'état général reste excellent et qui ne présentent pas du tout d'amaigrissement (Obs. II, III, IV, VII). Le plus souvent, on apprend que plusieurs kilogs ont été perdus en quelques mois. On est frappé de la pâleur du sujet et si on fait un examen du sang, on constate une diminution, parfois considérable, du nombre des globules rouges. Cet état d'anémie constitue pour beaucoup, et pendant longtemps, toute la symptomatologie du cancer intestinal. C'est ainsi que Mme D... (Obs. I) avait été faire, sur le conseil de son médecin, un séjour à la campagne

pour traiter un état anémique dont elle souffrait depuis longtemps. Les accidents d'occlusion la surprisent pendant ce séjour.

Cependant ce ne sont pas des néos qui saignent beaucoup : c'est en vain que l'on recherche l'émission de sang par l'anus. Il n'y a pas non plus de selles noires. La recherche des globules rouges dans les selles ne peut non plus donner cette notion d'hémorragie intestinale, car la destruction globulaire y est complète. Par contre, la réaction de WÉBER y serait constamment positive : c'est donc une recherche qui doit être faite, car cette constatation s'ajoute au facteur constitué par l'âge du sujet pour orienter le diagnostic vers le cancer.

L'histoire de ces occlusions néoplasiques est fréquemment liée à celle des *corps étrangers*, retenus dans la cavité intestinale. Ceux-ci sont de nature extrêmement variée : le plus souvent, ce sont des corps durs, indigérés et indigestibles, tels que noyaux et pépins de fruits, membranes de cellulose. L'interrogatoire ne révèle pas toujours l'ingestion volontaire de ces corps étrangers : elle peut être oubliée, d'ailleurs, ayant été faite à une époque trop éloignée du début des accidents d'occlusion. En l'absence d'anamnésiques nets et évidents, le diagnostic n'en peut être fait. Ces corps sont traversés par les rayons X et n'ajoutent, habituellement, aucun caractère spécial à la symptomatologie. Cependant, très nombreux, ils peuvent donner lieu à une tumeur, au niveau de laquelle la palpation fait percevoir une

vague crépitation et donne l'impression de corps durs, mobiles (Obs. VIII). Le plus souvent, ils sont découverts à l'occasion d'une intervention chirurgicale, comme dans l'observation que nous reproduisons un peu plus loin (Obs. VII).

Quant à la nature néoplasique du rétrécissement au-dessus duquel s'est faite la retention, elle n'est pas toujours facile à établir, et souvent ne semble pas cadrer avec le bon état général du malade : nous avons vu que c'est un facteur dont il ne faut pas tenir compte.

On est en droit de se demander quelle est l'influence de ces corps étrangers sur la marche du néoplasme en général, et les progrès de l'occlusion en particulier. Il ressort nettement de plusieurs observations rapportées par MM. OCKINCZYC et COMBIER dans leur travail sur le cancer de l'intestin et corps étrangers (voir bibliogr.) qu'ils peuvent aggraver le syndrome d'occlusion et hâter la fermeture de la lumière intestinale. Et ceci, non pas lorsqu'ils sont nombreux, car ils liquéfient, par irritation muqueuse, le contenu intestinal ; mais, au contraire, lorsqu'ils sont en petite quantité. Dans ce cas, la présence de ces corps étrangers ne contribuerait-elle pas à révéler l'existence d'un néoplasme intestinal qui, sans eux, serait demeuré latent ? Ainsi cette dame (Observation VII), V^e V..., âgée de 61 ans, qui entre le 21 février 1921, salle Blandin, dans le service de M. le Professeur LEJARS, à Saint-Antoine, pour accidents d'occlusion intestinale chronique. Elle souffre depuis

1914 de son ventre : d'abord intermittente, la douleur, à partir de 1920, est devenue continue. La constipation n'est apparue que depuis un peu plus d'un mois. Quand elle entre à l'Hôpital elle déclare qu'elle n'a pas eu de selle depuis trois semaines, aucun gaz depuis 10 jours. Elle vomit tout ce qu'elle prend. L'abdomen est ballonné mais encore dépressible, il n'est ni tendu, ni douloureux. Le toucher rectal et le toucher vaginal ne donnent aucun renseignement. Au point de vue général, la malade présente un certain embonpoint, le visage est un peu fatigué, mais la langue est bien humide, le pouls bien frappé, la température normale. Le déblocage ne pouvant être obtenu par les procédés habituels, une cœcostomie est faite le 27 février. Suites opératoires excellentes et même, le 20 avril, une selle a lieu par l'anus. A partir de ce jour, fonctionnement normal à raison d'une selle spontanée quotidienne : l'anus iliaque tend à se fermer. Mais, à la suite d'un examen radioscopique, fait dans le service de M. le Docteur BENS AUDE, le 9 juin, les selles disparaissent complètement par le rectum et l'anus iliaque se remet à fonctionner : la malade évacue par son orifice cœcal, 30 noyaux de pruneaux entre les mois de juin et de novembre. On essaye de rétablir le transit du bout inférieur par des lavements dans les deux sens, mais rien n'y fait. Le 5 novembre 1921, un nouvel examen radioscopique est fait par M. le Docteur BENS AUDE. Le premier avait été négatif. Celui-ci montre un arrêt du lavement opaque au niveau de

l'anse sigmoïde. En effet, une laparotomie est faite le 15 novembre (Professeur LEJARS). Elle révèle une tumeur dure, bosselée, encore un peu mobile, de la partie supérieure de l'S iliaque.

La malade, interrogée à ce sujet, a déclaré que, très friande de prunes et de pruneaux, elle avait, depuis toujours, l'habitude d'avalier le fruit entier.

L'accumulation de corps étrangers au-dessus d'un rétrécissement intestinal est chose banale. Leur nombre varie dans des proportions extrêmes et peut atteindre des chiffres considérables. Dans une observation de MARQUIS, que nous reproduisons, il y en avait plus de 600. Dans l'observation de PSALTOFF (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 13 octobre 1919), ils étaient 794.

La sténose néoplasique n'est pas la seule qui soit susceptible de provoquer l'arrêt de ces corps étrangers. Toutefois, il y a lieu de se montrer très circonspect en présence de cette éventualité. Il est, souvent, très difficile de préciser la nature de la lésion. L'examen microscopique de la pièce ne suffit pas ; l'examen histologique seul résout le problème et permet de dire si l'on se trouve en présence d'une virole néoplasique, cicatricielle tuberculeuse, ou d'une tumeur purement inflammatoire comme dans l'observation de M. ROUX-BERGER (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 20 avril 1921). Les accidents avaient évolué en deux fois. En avril 1913, la malade était entrée dans le service de M. le Professeur Lejars, à Saint-Antoine, pour accidents d'occlusion lente, dont la cause était

impossible à dire. Une entérostomie est pratiquée et par l'orifice, sont éliminés 52 noyaux de pruneaux. Les évacuations rectales ayant reparu, l'entérostomie est fermée le 4 juin. Guérison.

En 1920, nouvelles crises douloureuses, amenant une occlusion lente typique, avec clapotage, matité, pour laquelle ROUX-BERGER pense à une bride ou à des adhérences opératoires. Au cours d'une laparotomie, il découvre à 50 centimètres du cœcum, une tumeur du grêle, du volume d'une mandarine, dont il fait l'ablation. L'examen histologique de la pièce, fait par le Docteur LACASSAGNE, fournit la preuve qu'il ne s'agissait que d'une tumeur purement inflammatoire.

En l'absence de toute tumeur perceptible, chez le sujet plus jeune, l'hypothèse du cancer, quoique encore admissible, doit céder le pas à celle de tuberculose. Le *rétrécissement tuberculeux* de l'intestin, souvent multiple, localisé sur la portion terminale de l'iléon, donne lieu à des crises douloureuses habituellement violentes, au cours desquelles le syndrome de KÖNIG se dessine avec beaucoup de netteté. La nature tuberculeuse d'une sténose intestinale est à peu près certaine chez un sujet qui présente des signes d'imprégnation bacillaire, des antécédents de dysenterie rebelle et prolongée, un état général déficient, une localisation en évolution. Mais, il y a, là encore, matière à discussion : certains rétrécissements fibreux purs, non tuberculeux, peuvent se compliquer, à un moment de leur évolution, de tu-

berculose viscérale, surtout pulmonaire. Il faut, en conséquence, fouiller les antécédents personnels et héréditaires du malade pour dépister la notion qui permette d'affirmer la nature bacillaire de la lésion. Souvent, ce n'est que la pièce en main, après ouverture de l'abdomen, que se découvre la solution du problème et qu'il est possible de conclure (tuberculeuse, cicatricielle, fibreuse simple). Combien de fois même, ce diagnostic a-t-il nécessité un examen histologique.

Le cancer et la tuberculose, pour être les plus fréquentes, ne sont pas les seules lésions susceptibles de déterminer le syndrome d'occlusion lente et progressive. Les cas sont extrêmement nombreux où, le diagnostic d'obstacle intestinal ayant été porté de façon plus ou moins certaine, avec ou sans confirmation radioscopique, rien ne peut faire naître même une simple hypothèse, sur la nature de celui-ci. *Aucun diagnostic n'est formulé, et seule, la laparatomie, d'abord exploratrice, révèle des lésions, auxquelles on était souvent fort loin de songer.*

Une jeune dame de 22 ans, entre en juin 1920 dans le service de M. LÆPER, à l'Hôpital Tenon : elle souffre, depuis deux ans, de crises douloureuses abdominales vives, accompagnées de vomissements, survenant périodiquement tous les quatre ou cinq jours et ayant amené, par leur répétition, un amaigrissement considérable. Entre les crises, constipation croissante qui ne cède plus à aucune médication. La malade ne rend plus aucune matière. Quelques gaz

fusent par l'anus. En présence d'une crise dont les caractères sont suffisamment nets, on porte le diagnostic de rétrécissement du grêle : le syndrome de KÆNIG est évident. Il y a de la fausse ascite. La cause n'en peut être établie. La malade a bien eu deux selles sanguinolentes : leur examen n'a donné aucun renseignement. Au cours de l'opération (Docteur A. MARTIN), on découvre un anédoine du grêle, situé à 60 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale (voir obs. XI).

Ainsi donc les *tumeurs intestinales bénignes* sont susceptibles de faire naître, elles aussi, ce syndrome d'occlusion lente et progressive. Evoluant lentement et capables de déterminer à la longue des altérations de l'état général, elles se manifestent au milieu de symptômes tels, que le caractère bénin ne peut être soupçonné.

Autre cas, dans lequel le diagnostic étiologique fut impossible également :

Mme X..., âgée de 52 ans, souffre des intestins depuis mai 1916. Elle est constipée depuis cette époque. Son ventre a grossi progressivement. Elle a eu plusieurs crises douloureuses, accompagnées de nausées, puis de vomissements, sans que la douleur se localise d'une façon nette et précise. Le Docteur ESTOR (de Montpellier) la voit au mois de septembre : il constate un abdomen météorisé, sonore, douloureux partout. Il y a des borborygmes, des nausées et des vomissements. Pas de fièvre. Il opère (20 sept. 1916)

et trouve un fibromyome sous-muqueux de l'intestin grêle (Voir obs. X).

Il est évident que, habituellement, ces tumeurs bénignes, trop petites, trop mobiles, pour être perceptibles à la palpation, se révèlent brusquement par une complication d'allure dramatique : l'invagination, le volvulus. Ces observations, prises entre plusieurs autres, montrent que ce n'est pas là un fait constant, et M. LECÈNE, d'ailleurs, dans la séance du 8 décembre 1920, de la *Soc. de Chir. de Paris*, a attiré l'attention sur la possibilité d'accidents intestinaux à lente évolution dans l'histoire clinique des tumeurs bénignes de l'intestin.

Plus récemment (27 avril 1921), M. OCKINCZYC, commentant une observation de NANDROT, au sujet d'accidents d'occlusion déterminés par polypes fibreux de l'intestin, disait « toutes les observations citées sont comparables. Elles concernent plus souvent des hommes que des femmes, toujours des adultes. Toujours, ces tumeurs ont été reconnues à l'occasion d'accidents d'occlusion, quelquefois aiguë, le plus souvent chronique, causés par une invagination ».

Un homme de 44 ans entre dans les premiers jours du mois d'avril 1914 dans le service de M. le Docteur WALTHER, à la Pitié, pour accidents gastro-intestinaux mal définis, et de diagnostic fort difficile : après un début assez brusque s'est installée une douleur abdominale, d'abord localisée dans la fosse iliaque droite, puis généralisée à tout l'abdomen,

avec maximum épigastrique. De temps à autre, une crise violente. Il n'y a ni vomissements, ni constipation. Traces de sang dans les garde-robes. L'examen de l'estomac et de l'intestin ne donne rien. L'opération est faite le 8 mai 1914. Elle révèle l'existence d'une invagination de la fin du grêle (Voir observation XII). RAFFINESQUE (*Thèse de Paris*, 1878), puis GERNEZ (*Thèse de Paris*, 1907), ont signalé la grande variété des modalités cliniques sous lesquelles peut se manifester une *invagination chronique*. A côté de l'invagination à rechutes, qui n'est pas à proprement parler une forme chronique, il y a toutes les formes masquées, qui peuvent donner lieu à toutes les erreurs de diagnostic. L'observation de M. WALTHER montre, une fois de plus, que l'invagination ne donne pas nécessairement lieu à des accidents de caractères tranchés. On peut se rendre compte de la difficulté qu'il y a à établir un diagnostic étiologique si l'on songe que sur 56 cas d'invagination chronique évidente, rapportés par RAFFINESQUE, le diagnostic exact n'a été porté que dix fois. Dans 19 cas, il n'en a été émis aucun. Dans les 27 autres, les diagnostics ont été erronés. Les perfectionnements apportés à nos moyens d'exploration ne modifient malheureusement en rien les conclusions cliniques d'un ouvrage, qui remonte à tant d'années, conclusions qui ont été confirmées par GERNEZ.

L'*iléus biliaire* peut, lui aussi, abandonner le caractère aigu qu'il a le plus souvent pour adopter une évolution lente. MM. REYNIER, TERRIER, TUFFIER,

à la séance du 23 juillet 1902 de la *Soc. de Chir. de Paris*, rapportaient des observations d'obstructions calculeuses lentes, pour lesquelles avait été porté le diagnostic de néoplasme intestinal.

La même année, GÉRARD MARCHANT (30 juillet) en apportait un autre exemple que nous résumons :

Mme V... 76 ans, entre à Boucicaut pour occlusion intestinale. C'est une très ancienne constipée, qui a eu des crises douloureuses abdominales, depuis 20 ans, tous les deux ou trois mois. La crise pour laquelle elle entre, a débuté trois jours auparavant : l'occlusion est nette, mais le diagnostic étiologique n'en peut être fait. Au cours de l'opération, on découvre un calcul inclus dans une anse grêle (Voir obs. XIII).

Depuis cette communication, d'autres observations d'iléus biliaire lent ont été publiées : M. POTHERAT (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 8 mars 1905), M. QUÉNU (1909, *Soc. de Chir.*), MORESTIN (*Bull. Soc. Anat.* 1910).

Lorsqu'il existe des antécédents nets de lithiasé biliaire, il est possible de remonter à la source des accidents et d'en présumer la nature. Il n'en est plus de même lorsque la lithiasé est méconnue et les accidents d'occlusion rentrent alors dans le nombre si considérable de ces cas où il est impossible de se prononcer.

Quelques symptômes ont, cependant, été mis en

évidence par M. le Professeur CHAUFFARD (1), qui attribue une grande importance à la mobilité de la douleur : Celle-ci se manifestant, au cours des paroxysmes successifs, en un nouveau point, en relation avec la nouvelle situation du calcul. D'autre part, assez souvent, une débâcle formidable de matières demi-molles, précède, à plus ou moins longue échéance, les accidents d'occlusion. Elle serait due à la brusque réaction de la muqueuse intestinale à l'égard du corps étranger faisant irruption dans sa lumière.

Ce n'est, également, qu'au cours d'une laparotomie qu'il est possible de découvrir ces petites *brides péritonéales*, qui enserrant et fixent l'intestin et réalisent une occlusion lente et progressive par le double mécanisme de la compression et de la coudure. Elles sont, assez communément, le résultat d'une inflammation aiguë, dont on peut retrouver parfois la trace (cholécystite, appendicite, ulcère gastrique, affections utéro-ovariennes). Mais elles représentent également un état d'infection chronique et atténuée. C'est autour des colons qu'on les rencontre de préférence, en particulier, au voisinage de l'angle splénique, où M. le Professeur QUÉNU a montré la formation de petites brides minuscules, véritables ficelles péricoliques, dont le rôle est considérable dans la genèse des occlusions de l'angle gauche. C'est dans le même sens qu'il faut interpréter celles que l'on peut décou-

(1) CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire.

vrir autour de l'anse sigmoïde (1) et qui sont le résultat d'une inflammation, souvent latente, autour des colons (2). (Obs. XXII).

La péritonite bacillaire est souvent à l'origine de ces altérations pathologiques localisées. On ne peut que la soupçonner habituellement, à moins qu'il n'ait existé dans l'histoire du malade, un antécédent net, susceptible de déceler la nature des lésions observées (Voir obs. XXVII).

La région iléo-cœcale est celle où ces brides et adhérences se constituent avec la plus grande fréquence : la cause en est la présence de l'appendice et du diverticule de Meckel, si souvent enflammés, soit d'une façon aiguë, soit chroniquement. Lorsqu'il s'agit d'une crise aiguë, il est possible de la retrouver dans l'histoire de l'affection et de lui attribuer son rôle exact dans la genèse des accidents d'occlusion. Au contraire, qu'il s'agisse d'une appendicite ou d'une diverticulite chroniques, l'occlusion intestinale lente qui en résulte, ne peut être attribuée à aucune cause certaine. De toute façon, il est nécessaire, lorsque, au cours d'une laparotomie, on explore méthodiquement la cavité abdominale pour rechercher la cause d'accidents d'occlusion, de songer au diverticule de MECKEL. BIENVENUE (*Thèse de Paris*, 1912),

(1) SAILLANT. — Sigmoïdites et përisigmoïdites (*Th. Paris*, 1906).

(2) POTHERAT. — De la péricolite adhésive sténosante (*Semaine Médicale*, 1906, p. 306).

qui a étudié spécialement les occlusions diverticulaires, conclue qu'en règle générale le diagnostic porté est celui d'occlusion consécutive à une appendicite ancienne. Il n'existe, en effet, aucun signe qui soit caractéristique de l'occlusion diverticulaire : la localisation des symptômes dans la fosse iliaque droite ne peut que mener au diagnostic d'appendicite. C'est pourquoi, avec M. le Professeur LEJARS, nous dirons « qu'il serait préférable qu'on pensât plus souvent au diverticule de Meckel et que l'on fut bien informé de son rôle pathologique et des formes multiples et nullement exceptionnelles sous lesquelles il le joue. Peut-être réussirait-on, de la sorte, à le dénoncer mieux à l'examen préopératoire. Tout au moins, le rechercherait-on plus souvent et serait-on moins surpris de le découvrir ».

Ce n'est pas seulement par les brides ou adhérences péritonéales que sont créés les accidents d'occlusion lente. L'appendicite et le diverticule de Meckel sont susceptibles de se fixer par leur extrémité libre, constituant ainsi la bride sous laquelle va s'étrangler et se fermer l'intestin.

Mme X..., 32 ans, examinée en août 1903 par le Docteur GUILLET, souffre depuis un an de crises abdominales douloureuses, avec vomissements, ballonnement du ventre et arrêt temporaire des matières et des gaz. Ces crises deviennent de plus en plus fréquentes et l'opération est décidée, sans qu'aucun diagnostic étiologique ait pu être porté. On trouve un appendice ascendant fixé par son extrémité libre, au

niveau de l'angle droit du colon, qui est étranglé en ce point (Voir obs. XV) .

Le diverticule de Meckel, pour sa part, crée des occlusions dont le mécanisme est très varié et souvent complexe, où se mêlent l'invagination, la torsion, le diverticule constituant le pivot autour duquel s'effectue le mouvement. En réalité, les accidents qui résultent de ces dispositions ont, le plus habituellement, le caractère aigu. Mais il y a un point que M. le Professeur LEJARS a particulièrement mis en relief, c'est la possibilité d'un rétrécissement scléreux iléal, en virole, à la base d'un diverticule de Meckel chroniquement enflammé. « Les faits, écrit-il (*Sem. Méd.* 1910, p. 49), sont trop clairsemés pour permettre une description systématique ; mais il est avéré que ces rétrécissements paradiverticulaires peuvent atteindre la forme la plus avancée, et devenir, ou peu s'en faut, oblitérants ». Et il cite l'observation d'un homme de 37 ans, qui souffrait depuis plusieurs années (une dizaine) de crises douloureuses abdominales sans caractère net, avec vomissements et diarrhée, au cours desquelles se dessinait, au voisinage de l'ombilic, une voussure en boudin : Le malade est opéré (août 1908) et l'on découvre un rétrécissement fibreux, en anneau, à la base d'un diverticule adhérent, comprimant lui-même le tube digestif (Voir obs. XVI).

L'occlusion lente peut encore se manifester au cours de la stase intestinale chronique, qu'elle vient assez fréquemment compliquer. *L'angle colique gav-*

che occupe la première place dans la genèse des accidents. Etudiant les occlusions du gros intestin, TUYA (1894), ADENOT (1895-1896), lui font jouer un rôle capital, dû à l'existence du ligament suspenseur phréno-colique. Puis, vinrent les discussions à la *Soc. de Chir. de Paris* (juin 1902), où M. QUÉNU fit la critique des travaux précédents et parla de ces brides que nous avons signalées déjà. BÉRARD et PATEL ont repris la question (*Revue de clin.*, mai 1903), et ont adopté les conclusions que les travaux récents sur la stase intestinale chronique ont confirmés. La ptose du colon transverse ferme l'angle colique gauche sur le ligament qui le maintient. L'occlusion est inévitable et s'accuse avec les progrès de la stase (Observation XXI). Ainsi se trouve encore réalisé le syndrome d'occlusion lente et progressive, dont la cause échappe souvent, malgré les connaissances acquises sur la stase intestinale chronique, tant au point de vue clinique pur qu'au point de vue radioscopique.

Il en est de même des accidents d'occlusion lente qui viennent compliquer la stase par *coudure iléale* : ici se trouve plus ou moins nettement réalisé le syndrome clinique de sténose du grêle, avec crises douloureuses, péristaltisme, clapotage, matité déclive. Dans l'un et l'autre cas, qu'il s'agisse de la fermeture de l'angle colique gauche, ou de la coudure de LANE, la marche de l'affection est telle qu'il est impossible d'affirmer que les accidents ne sont pas symptomatiques d'un cancer, d'un rétrécissement ou

d'une bride. Même lenteur, même atteinte de l'état général (LANE a insisté tout particulièrement sur la déchéance organique entraînée par ces états chroniques) et SORREL, dans sa thèse (Paris, 1913-1914), qui représente le meilleur travail d'ensemble sur la question, reproduit plusieurs observations (BENSAUDE et SORREL, p. 203. — LERICHE, p. 219. — LEJARS, p. 225), où le diagnostic étiologique des accidents d'occlusion ne fut pas porté, ou bien fut erroné, l'affection ayant été prise pour un néo intestinal illusoire (Observation XXII *bis*).

La radiographie est-elle susceptible d'apporter quelques éclaircissements ? Oui, si elle montre un angle colique gauche complètement fermé, dont les deux branches sont accolées, et ne peuvent être séparées, ni par l'examen en position oblique, ni par les mouvements imprimés au malade. Oui, si l'on voit, en dedans du cœcum, entre lui et la plus rapprochée des poches hydro-aériques, un repli (« coil » LANE) opaque, croisant habituellement le détroit supérieur, et non mobilisable.

La valeur de ces constatations est encore accrue, en faveur d'une occlusion lente par stase, par le fait qu'il y a un ralentissement général dans la marche du bismuth et que les obstacles, le long de l'intestin, sont multiples

L'anse sigmoïde peut être, elle aussi, le siège de lésions analogues : elle est fréquemment allongée, dilatée, et, suivant la longueur de son méso, se coude

et se ferme, soit à sa partie inférieure (mésolong), soit à sa partie moyenne (meso court et adhérent). La symptomatologie rappelle tantôt celle du néo latent du colon iliaque, tantôt, lorsque la dilatation est considérable, celle de la maladie de Hirschprung. Dans ce cas, comme dans les précédents, le diagnostic, malgré l'examen aux rayons X, restera souvent en suspens jusqu'à l'intervention.

Récemment, plusieurs observations ont été publiées d'un processus dont l'évolution détermine aussi l'apparition d'accidents d'occlusion lente et progressive. C'est la *mésentérite* ou *mésocolite rétractile*. Lésion assez rare : TENANI, en 1913, en a rapporté 3 cas. La même année, M. MAUCLAIRE (*Arch. gén. de Chir.*, p. 1079) en publie plusieurs observations. Puis, nouvelle communication du même auteur (*Soc. de chir.*, 21 avril 1920) sur la mésentérite sclérosante et rétractile. Le 23 juin 1920, nouvelle observation de FERRON (de Laval) : Un homme de 54 ans vient consulter pour troubles gastriques : pesanteur, ballonnement après les repas. Le vomissement soulage le malade qui, dans ce but, tous les deux jours environ, se met les doigts dans la bouche. Diarrhée alternant avec constipation. Aucun signe physique. Pas de diagnostic possible.

L'intervention révèle une atrophie de l'intestin grêle et du mésentère sur une longueur de près de deux mètres : il s'agissait d'une mésentérite sclérosante et rétractile (Voir Obs. XIX et XX).

D'après E. FORGUE (1), il faut rattacher à ces phénomènes certains cas lents de volvulus de l'S iliaque : la rétraction mésocolique tend à rapprocher les deux jambes de l'anse, disposition qui facilite la torsion. Ce volvulus à évolution traînante, bien différente de l'évolution à rechutes, qui caractérise habituellement l'affection, se rencontre de préférence chez l'homme ayant dépassé la quarantaine, ayant un long passé de constipation. Rien ne permet de rattacher les accidents à une cause certaine. Si, parfois, par une asymétrie visible que présente l'abdomen, météorisé beaucoup plus à droite qu'à gauche, le siège de l'obstacle peut être localisé, par contre la cause n'en est jamais découverte et, la plupart du temps, l'âge du malade fait, encore ici, penser au cancer.

D'ailleurs, est-il besoin de rappeler l'extrême rareté dans nos pays, d'une lésion qui, au contraire, se rencontre avec une grande fréquence chez les races scandinaves et russes ?

Il résulte de tous ces faits que nous avons rapidement passés en revue, qu'en présence d'accidents d'occlusion intestinale lente, évoluant sans tumeur, sans caractère bien tranché, c'est au cancer qu'on est amené à penser, et ceci même en l'absence d'hémorragie intestinale, d'anémie, d'amaigrissement. On y est autorisé par l'extrême fréquence du cancer dit

(1) *Presse Médicale*, 1920.

latent. Si la laparotomie ne confirme pas ce diagnostic (souvent d'ailleurs resté imprécis) elle révèle des lésions que rien, ni cliniquement, ni radiographiquement, ne permet de déceler avec précision.

Il nous reste, maintenant, à examiner ces cas où une exploration chirurgicale attentive, complète, minutieuse et méthodique de la cavité abdominale ne permet absolument pas de découvrir quoi que ce soit qui puisse expliquer les accidents d'occlusion. Doit-on conclure immédiatement à l'existence d'une pseudo-occlusion ? Les *occlusions paralytiques* ont habituellement une allure aiguë dramatique, qui les rapproche de l'iléus. Elles cèdent, la plupart du temps, à des moyens thérapeutiques simples, lavements, électricité, dont elles constituent l'indication la plus formelle, mais poussent cependant, quelquefois, à l'intervention. M. le Professeur LEJARS en cite plusieurs observations dans son traité de chirurgie d'urgence. Il faut en rapprocher celle-ci dans laquelle les accidents ont évolué, toutefois, avec une lenteur inaccoutumée : Une dame de 52 ans, souffre du ventre depuis une vingtaine d'années. C'est une grande constipée. Elle entre un mercredi dans le service de M. le Professeur LEJARS, à l'Hôpital Saint-Antoine. Elle n'a pas été à la selle depuis une quinzaine de jours. Elle émet quelques gaz quotidiennement. Elle souffre de tout son ventre : celui-ci n'est pas distendu, il est souple. Il n'y a pas de tumeur. Toucher rectal et toucher vaginal négatifs. Etat général excellent, Une entéroclyse ne donnant pas de résultat suffisant,

on fait une laparotomie : elle montre un gros intestin bourré de masses stercorales molles ; mais l'examen n'y fait rien découvrir, pas plus que sur le grêle. Une amélioration semble se produire immédiatement après l'opération. Mais ce n'est qu'une apparence. L'occlusion continue à évoluer. Un lavement électrique provoque une débâcle abondante. On croit la partie gagnée, mais, rapidement, la malade flanche et meurt dans le collapsus, sans nouveau symptôme. L'autopsie confirma les données acquises au cours de l'intervention : il n'y avait aucun obstacle intestinal ou para intestinal (Voir obs. XXIX).

Il faut bien dans ce cas, admettre le diagnostic d'occlusion paralytique. Etant donné le long passé de constipation, présenté par la malade, on peut se demander s'il ne s'agissait pas de la phase ultime d'une stase intestinale chronique généralisée.

La constatation d'une *tumeur, abdominale ou pelvienne*, ne facilite pas toujours la tâche et ne permet pas constamment un diagnostic plus aisé.

La tumeur intestinale a pour elle son extrême mobilité : mais c'est là un caractère que peuvent emprunter d'autres tumeurs para-intestinales susceptibles de comprimer l'intestin et de déterminer des accidents d'occlusion lente : il en est ainsi des tumeurs épiploïques, des kystes du mésentère. De même, un organe déplacé, anormalement mobile, peut agir de la même façon : les exemples ne sont pas rares où

un rein mobile fut interprété dans le sens d'un néoplasme colique (1).

La tumeur intestinale est, d'autre part, susceptible de prendre les caractères de tumeurs voisines : celles des angles coliques présentent, comme les tumeurs rénales le contact lombaire et le ballotement — les tumeurs du colon transverse empruntent à droite les caractères des tumeurs hépatiques ou vésiculaires ; à gauche, ceux des tumeurs gastriques ou spléniques. Quant à celles qui se développent sur l'anse sigmoïde, elles se prolabent dans le Douglas avec une facilité remarquable, s'y fixent et en imposent pour toutes sortes de tumeurs pelviennes.

Le développement d'une tumeur para-intestinale bénigne s'accompagne rarement de signes d'occlusion ; l'intestin fuit habituellement devant elle et trouve toujours place pour se loger.

Toutefois, certaines de ces tumeurs, en particulier celles dont le point de départ est l'appareil génital chez la femme, contractent rapidement de nombreuses et intimes adhérences avec l'intestin qui, ne pouvant plus fuir, est d'autant plus comprimé que le développement en est plus considérable (Obs. XXVI). Ce fait, par contre, est commun à toutes les tumeurs néoplasiques, en particulier aux cancers du rein, de l'ovaire, de l'utérus et à tous les sarcomes abdomi-

(1) ALGLAVE. — Contribution à l'étude des accidents provoqués par l'abaissement du rein droit au troisième degré (*Annal. des mal. génit. urin.*, janvier 1907).

naux d'origine diverse. La fusion entre ces néoplasmes et l'intestin est souvent telle qu'aucun moyen d'exploration n'arrive à les séparer, ni les examens répétés sous l'écran, ni la lecture de bonnes radiographies. Seul un examen minutieux de tous les appareils, examen physique et fonctionnel, peut donner la solution du problème. Lorsque ces notions cliniques manquent, la laparotomie, elle-même, ne permet pas toujours de dire si le point de départ fut intestinal ou non.

De toute façon lorsqu'une tumeur abdominale ou pelvienne est reconnue intéresser l'intestin à quelque titre que ce soit, et être à l'origine d'accidents d'occlusion lente, le point capital, ici encore, est d'établir sa nature néoplasique ou non néoplasique. Et ceci n'est pas toujours facile. Il y a des cas très délicats qui méritent une analyse spéciale.

La *tumeur stercorale* ne constitue pas toujours une masse à peu près cylindrique, régulière, allongée suivant l'axe de l'intestin, mobile comme lui, un peu molle et dépressible. Elle présente souvent des caractères de dureté qui la rapprochent singulièrement de la tumeur néoplasique, et comme elle se rencontre habituellement chez des personnes constipées, à selles irrégulières et difficiles, présentant des troubles digestifs, parfois très marqués, on conçoit que la confusion ait pu se faire. La similitude clinique peut être frappante, si l'on songe que cette tumeur peut s'accompagner des selles hémorragiques et

d'une atteinte profonde de l'état général (1). Dans ce cas, on ne peut porter un jugement qu'après un temps d'épreuve plus ou moins prolongé. Si le volume de la masse stercorale, plus considérable que ne le pourrait être un néo de même âge, est un élément de diagnostic, il n'y a, en réalité, que l'action de purgatifs répétés qui en révèle la nature, en la faisant disparaître (Obs. IX). Toutefois, certaines de ces tumeurs, particulièrement volumineuses et dures, n'ayant pu disparaître par ces procédés habituels, ayant résisté aux purgatifs et aux lavements électriques, ont nécessité une intervention chirurgicale (2).

La tuberculose intestinale, dans sa localisation sur le cœcum ou à son voisinage, dans sa forme hypertrophique ou entéro-péritonéale, donne lieu, également, à de grosses difficultés de diagnostic. Bien que le cancer du cœcum passe pour être peu sténosant, la similitude entre les deux affections peut être considérable. Cependant il existe, parfois, certaines notions qui ont leur importance : la façon dont les troubles ont évolué peut être une indication : ils sont de date ancienne dans la tuberculose, existant depuis une ou plusieurs années, et ayant présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Dans le cancer, au contraire, les signes d'occlusion, plus récents, n'ont cessé de s'accroître et de progres-

(1) LEJARS. — Les formes graves de la constipation (*Semaine Médicale* 1904, p. 419).

(2) Pozzi. — *Semaine Médicale*, 1905, p. 487).

ser depuis leur apparition. Mais ces constatations n'ont rien d'absolu, car on peut voir, même chez des cancéreux, des rémissions dans les signes de sténose et de l'amélioration temporaire de l'état général. Les douleurs, sous forme de poussées aiguës, fébriles, pseudo-appendiculaires, seraient plus en faveur de la tuberculose que du cancer.

La tumeur cœcale tuberculeuse se prolongerait davantage en haut vers le colon ascendant, en bas vers l'arcade crurale. La tumeur cancéreuse a au contraire des limites fort nettes en haut et en bas, et pousserait plutôt un prolongement, en dedans, sous forme d'un paquet ganglionnaire.

En réalité, ce sont là des nuances qu'il est, la plupart du temps, impossible d'apprécier, d'autant plus que les réactions inflammatoires péri-néoplasiques rendent bientôt la tumeur maligne analogue à la tumeur bacillaire ; si bien que le ventre ouvert et la pièce en main, on ne peut encore se prononcer et qu'un examen histologique est nécessaire.

L'ouverture à la peau et la fistulisation ne plaident pas non plus en faveur de la tuberculose. Le cancer, lui aussi, peut subir semblable sort. Deux observations de M. F. CADENAT, rapportées à la *Société de Chirurgie de Paris* (1), en offrent un exemple et montrent une fois de plus les difficultés insur-

(1) CADENAT. — Deux cas de cancer de la région iléo-cœcale opérés avec le diagnostic de tuberculose (*Soc. de Chir. de Paris*, 3 mars 1921).

montables qu'on éprouve parfois à établir un diagnostic.

Pour être les plus fréquents, le cancer et la tuberculose ne sont d'ailleurs pas les seules éventualités en présence desquelles on puisse se trouver. Il existe une catégorie de tumeurs, dites « *tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen* (1) » dont la nature, le nom l'indique, est également fort difficile à apprécier. « Ces tumeurs en imposent pour du cancer, et ne procèdent, en réalité, que d'un processus inflammatoire chronique. Leurs caractères physiques, leur évolution, les accidents locaux et généraux qu'elles provoquent, leur siège également, leur donnent toutes les apparences de néoplasmes malins. Le diagnostic ne saurait se faire qu'à l'aide d'une analyse soigneuse de certains signes particuliers, de certaines anomalies et j'ajoute que, même après une observation de quelque durée, il reste assez souvent indécis jusqu'à l'intervention, et encore la preuve définitive n'est-elle fournie parfois que par l'examen histologique consécutif, ou par les résultats thérapeutiques lointains » (LEJARS).

Ces tumeurs peuvent se développer partout dans l'abdomen : elles peuvent, toutes, donner lieu à des accidents d'occlusion lente, mais il semble que, parmi elles, ce sont, avant tout, les tumeurs du cadre colique, qui se compliquent de cette façon. Sous hé-

(1) F. LEJARS. — *Semaine Médicale*, 12 décembre 1906, p. 589.

patiques, épigastriques, c'est encore dans la région iléo-cœcale qu'elles se rencontrent le plus souvent : elles procèdent alors de ces formes d'appendicite chronique s'accompagnant de réaction péritonéale lente et souvent considérable. Ici, une fois de plus, se posera, suivant l'âge du sujet, le diagnostic entre cancer, tuberculose ou appendicite chronique : encore ne faut-il pas oublier que cette variété torpide d'appendicite se rencontre fréquemment chez les personnes âgées, ce qui réduit à néant un facteur étiologique (Voir obs. XXV).

Une autre localisation fréquente de ces tumeurs inflammatoires est la région du petit bassin.

On se trouve en présence de masses plus ou moins considérables, épaisses, dures, immobiles, palpables à travers la paroi abdominale et remontant plus ou moins haut au-dessus du pubis. On les retrouve aux touchers rectal et vaginal, se diffusant dans le Douglas et les culs de sac latéraux. Le diagnostic de ces tumeurs pelviennes, dont l'étude a fait l'objet des thèses de SÉNÉCHAL (1) et de KUSS (2), est toujours difficile, souvent impossible. Il est de règle que l'on songe au cancer ; c'est l'hypothèse qui a été soulevée et envisagée dans presque toutes les observations connues. Le toucher rectal, la rectoscopie, en mon-

(1) SÉNÉCHAL. — Tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques (*Th. Paris*, 1907).

(2) KUSS. — Rétrécissements péricoliques pelviens (*Th. Paris*, 1909).

trant l'intégrité de la muqueuse, permettent d'éliminer le néo intestinal, mais la question n'est pas pour cela résolue.

Il faut s'attacher à dépister, à retrouver, en fouillant l'histoire de la maladie, quelques nuances cliniques qui ont leur importance : ces tumeurs se rencontrent chez des femmes en pleine activité génitale, à un âge où le cancer est, relativement, rare. Elles sont l'expression d'une affection torpide des annexes. Parfois, leur histoire est plus complexe : il s'agit de grossesses ectopiques, qui, après s'être rompues ou après avoir déterminé un avortement tubaire méconnu, se sont collectées autour de l'utérus et infectées par la suite. JACQUET a particulièrement bien étudié ces cas (Occlusion et hématocele. *Th. de Lyon*, 1900). Nous donnons une observation (XXVIII) où il s'en fallut de peu que la rupture passât inaperçue.

Qu'il s'agisse d'un cas semblable ou d'une infection annexielle, le développement de la tumeur a été précédé d'une crise douloureuse ou fébrile, qu'il faut retrouver : mais elle est parfois oubliée, souvent inconnue. — On mettra plus facilement en évidence de petites élévations thermiques, passagères, fugaces, qui accompagnent l'accroissement de la tumeur. Il faut surveiller attentivement l'augmentation de celle-ci, beaucoup trop rapide pour pouvoir cadrer avec un néoplasme de même âge. C'est à tous ces détails qu'il faut s'attacher pour essayer d'étayer un diagnostic. Mais ils exigent une observation assez

prolongée, qui ne s'accorde pas, souvent, avec la nécessité d'une intervention dont l'urgence est dictée par les symptômes d'occlusion.

Dans certains cas, le ramollissement de la masse en certains points, la fluctuation nette même, éveillent l'idée d'une collection suppurée et semblent éloigner l'hypothèse de cancer. Mais on ne peut pas toujours affirmer que cet abcès plus ou moins profond, que l'on vient d'ouvrir, après avoir traversé une gangue phlegmoneuse épaisse et dure, ne cache pas quelque néo viscéral latent, torpide (1).

Nous voilà donc ramenés au néoplasme. C'est, à vrai dire, lui qui domine l'histoire de ces occlusions. Cliniquement, nous venons de le voir, la preuve en est difficile à faire : l'âge est le facteur principal, sans, toutefois, être absolu. On ne peut se baser, ni sur l'état général (fréquence des néos latents), ni sur la présence de sang dans les selles, ni sur les caractères de la tumeur.

La radioscopie, si utile dans la localisation de l'obstacle, ne peut apporter de résultat décisif pour en déterminer la nature. L'exploration radiologique de l'intestin grêle, en particulier, est tout à fait impuissante à différencier la tuberculose du néoplasme, pour ne citer que les causes les plus fréquentes. Toutefois, l'existence avérée d'obstacles multiples

(1) M. TUFFIER. — Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin (*Semaine Médicale*, 1904, p. 193).

doit faire pencher la balance en faveur de la tuberculose.

Il semblerait que les résultats puissent être meilleurs en ce qui concerne le gros intestin. L'image lacunaire peut y être observé ; mais l'extrême rareté avec laquelle on la trouve contraste avec sa très grande fréquence au niveau de l'estomac « et, le plus souvent, en cas de néo intestinal, les signes radiologiques observés sont ceux d'une sténose de nature indéterminée » (M. BECLÈRE. *Rapport au 25^e Congrès français de Chirurgie*).

Un seul aspect est pathognomonique : c'est celui qui révèle la tuberculose cœcale et qui est dû à l'intolérance absolue de la muqueuse intestinale : on voit une énorme lacune qui occupe non seulement le cœcum, mais la majeure partie du colon ascendant. En dehors de ce cas, on en est réduit aux hypothèses.

CHAPITRE VII

Traitement

Le programme idéal consiste à ne faire ni trop, ni trop peu. La pratique en fait presque quotidiennement connaître toutes les difficultés.

Quand et à quel moment faut-il pratiquer l'intervention chirurgicale ? Comment concilier ces deux données, également certaines : l'une que le déblocage peut être obtenu, même après des délais assez longs ; l'autre, que le blocage peut s'accroître d'une seconde à l'autre, et déterminer rapidement des accidents toxiques et infectieux ? La laparotomie, qui permet de reconnaître l'obstacle et de le lever est, certainement, l'opération de choix. Mais cette intervention, possible lorsque l'état général est bon, et praticable sur un ventre souple, ne saurait être appliquée à ces abdomens météorisés qui, à peine ouverts, laissent fuir au dehors, des anses intestinales dilatées, volumineuses, qu'il est extrêmement difficile, sinon impossible, de rentrer, et sur lesquelles il ne peut être question de se livrer à au-

cune opération, sinon définitive, du moins satisfaisante. Aussi le choix du traitement semble-t-il devoir être subordonné, dans ces occlusions lentes dont la cause certaine échappe, à l'état de météorisme ou de souplesse du ventre. Il faut donc essayer de débloquer les ventres tendus, et s'efforcer de rétablir le cours des matières fécales, ce qui aura le double avantage de faire cesser toute menace d'accidents graves et de ramener les anses intestinales à un calibre normal. Encore, faut-il ne pas perdre de vue que, dans les occlusions lentes, la résistance organique n'est souvent qu'apparente et cache une stercorémie imminente. Cela s'observe même chez les sujets dont l'état général semblerait autoriser les attentes les plus prolongées.

Les essais de déblocage doivent être conduits avec grande circonspection et il ne faut pas négliger ce qui a pu être tenté en ce sens auparavant. La plupart des malades arrivent, en effet, avec une occlusion datant déjà d'assez longtemps : ils ont essayé, soit spontanément, soit sur l'avis du médecin consulté, tous les moyens habituellement mis en œuvre pour combattre une constipation connue et ils se présentent seulement après avoir répété, plusieurs fois par jour, les lavements de toutes sortes et ayant absorbé quantité de purgatifs. Leur état de fatigue, sinon le météorisme croissant, commande parfois la création immédiate d'une entérostomie : on a l'impression que toute autre tentative serait peine perdue, voire même dangereuse.

On ne peut donc généraliser aucune pratique : chaque cas particulier mérite une analyse minutieuse dans laquelle doivent être mis en balance l'état de résistance du sujet, le météorisme abdominal. En présence d'un sujet sur lequel aucune manœuvre de déblocage n'a été tentée, dont l'état général est satisfaisant, il n'y a aucun inconvénient à essayer l'entéroclyse, le lavement électrique, dont on peut tirer un bénéfice considérable.

Entéroclyse. — Injection lente avec une longue canule. Pression faible, surtout au début. Faire pénétrer dans l'intestin la plus grande quantité de liquide possible (eau bouillie à 37° ou 38°). Il est inutile de se servir de substances purgatives puisque le résultat cherché est d'ordre purement mécanique. D'autre part, il est de toute nécessité qu'un médecin soit présent à l'opération, pour veiller à ce qu'elle soit rationnellement exécutée et pour en apprécier le résultat. Il ne s'agit pas, en effet, d'administrer un lavement ordinaire. — L'entéroclyse n'a rien de commun avec lui. Le résultat est d'autant meilleur que le liquide a passé en plus grande abondance et a été gardé plus longtemps par le malade.

Mais il n'y faut pas attacher une trop grande importance ; car, il arrive que, en proie à de violentes coliques, le malade rejette immédiatement le liquide. Il faut savoir que la partie n'est pas encore perdue, même si le liquide est parfaitement clair. En même temps, le malade a en effet expulsé quelques gaz :

c'est un excellent signe. Un peu de patience et d'attente, et la débâcle se produit spontanée, abondante, quelquefois formidable, témoignant de la levée du barrage.

L'entéroclyse peut amener ce résultat dans toute espèce d'occlusion : dans les occlusions de cause organique, même serrées, en ramollissant des matières durcies et facilitant leur passage à travers le point rétréci ; dans les occlusions par coudures, en dépliant le tube digestif : mais le passage du liquide dans l'anse sus-jacente en augmente le poids et la ptose : le résultat peut être un blocage plus serré. Il faut citer, en regard, les véritables guérisons obtenues par le même procédé dans les obstructions stercorales, où l'on assiste à la fonte progressive, à l'évanouissement d'une tumeur dont la nature est, de ce fait, démontrée (Voir obs. IX).

Lorsque le résultat est franchement négatif, que le liquide a été expulsé intégralement, bien clair ou ne contenant qu'une infime quantité de matières ; lorsqu'aucun gaz n'est évacué en même temps, il ne faut rien attendre de ce procédé et passer outre, sans renouveler l'essai.

Lavement électrique. — L'entéroclyse ne s'adresse qu'aux occlusions du gros intestin. Le lavement électrique, en stimulant la contractilité de toute la musculature intestinale, est susceptible de débloquer un obstacle plus haut situé. Aussi, si l'on possède l'instrumentation nécessaire (batterie de piles ou réduc-

teur de potentiel) et si l'on connaît parfaitement le maniement des machines dont on dispose, il est préférable d'avoir, d'emblée, recours à ce procédé. Il constitue une méthode excellente et a, à son actif, de nombreux succès. Le triomphe en est, sans conteste, l'iléus paralytique : on obtient là de véritables et durables guérisons. Toutefois son action n'est pas constante et certaines pseudo-occlusions de cette nature lui ont résisté. Il rend également de grands services dans l'obstruction stercorale : il se montre beaucoup plus actif que l'entérocluse pour ramollir ces énormes amas de matières fécales durcies qui font penser au cancer. Dans ce cas encore, il ne s'agit pas seulement d'un déblocage préparatoire à une intervention chirurgicale : il amène la guérison. En 1910 (séance du 25 mai), M. MARION présentait un heureux résultat obtenu dans un iléus biliaire lent par le lavement électrique : ce dernier avait entraîné une violente débâcle, la disparition du météorisme et avait permis une laparotomie, qui, exécutée sur un ventre devenu souple par ce procédé, fut suivie de guérison. Ce déblocage peut être obtenu, grâce à lui, dans les occlusions de toute nature, mais ce résultat est loin d'être constant et la méthode ne compte pas que des succès.

Une séance est parfois suffisante pour provoquer la débâcle. Le plus souvent, il est nécessaire de les répéter. Or, une question délicate se pose : en présence de plusieurs échecs, quand faut-il s'arrêter ? M. MARION avait obtenu la débâcle à la cinquième

Pour apprécier le nombre des tentatives auxquelles on peut se livrer, on ne peut se baser que sur l'état général du malade et le caractère des accidents qu'il présente. Il faut surveiller de très près : le pouls, la langue, le faciès, et abandonner dès la moindre aggravation des symptômes. Quant au repos nécessaire entre chaque séance, il semble qu'un intervalle de trois heures soit suffisant.

Ainsi comprise, la méthode devient excellente et est exempte de dangers, car si on sait se limiter, il n'y a aucune chance de laisser passer le moment opportun d'intervenir. Toutefois, elle a des détracteurs. M. SOULIGOUX (1), notamment, la considère comme dangereuse, dans certaines occlusions de cause organique, en particulier dans les sténoses néoplasiques : la fréquence des ulcérations, la minceur des parois, exposeraient aux ruptures intestinales. D'autre part, M. le Professeur CHAUFFARD écrit : « chez un sujet atteint d'une occlusion intestinale que l'on soupçonne pouvoir être due à la migration d'un calcul biliaire, il faut éviter toute thérapeutique capable de tétaniser encore plus le segment intestinal bloqué : c'est dire que nous ne nous adresserons ni aux purgatifs, ni surtout au lavement électrique ». (Leçons sur la Lithiase biliaire).

Or, en présence d'accidents d'occlusion, dont la cause échappe complètement, comment rejeter d'em-

(1) SOULIGOUX. — *Soc. de Chir.*, séance du 1^{er} juin 1910.

blée les meilleurs procédés dont on dispose pour provoquer le déblocage nécessaire, non seulement à l'existence du malade, mais aussi à la conduite ultérieure du traitement et qui ne peut être obtenu, autrement, que par l'anus contre nature ?

Donc, lorsque le météorisme s'oppose à la laparotomie et que, par contre, l'état de résistance de l'organisme ne dicte pas d'emblée la création d'une fistule pour rétablir le cours des matières, le premier temps du traitement d'une occlusion lente est constitué par ces pratiques médico-chirurgicales : entérolyse et lavement électrique. Il va de soi qu'il ne faut pas négliger, s'ils n'ont pas été prescrits auparavant, les purgatifs (huile de ricin, administrée par cuillerées à café, d'heure en heure), les injections sous-cutanées d'hypophyse, qui agit sur les muscles lisses.

Anus contre nature. — C'est une question encore discutée, et il semble évident que l'ouverture de l'intestin, en laissant l'obstacle dans l'abdomen, crée une menace de complications graves (sphacèle, perforation) par aggravation des lésions. Mais, comme le fait justement remarquer M. le Professeur LEJARS (Chirurgie d'urgence) : « le fait seul d'évacuer le bout supérieur, tout en faisant tomber les accidents de résorption, réagit aussi sur le foyer proprement dit de l'occlusion, en y suspendant, en y arrêtant quelquefois le processus de stase vasculaire et de mortification consécutive, car il est certain que la

distension progressive du bout supérieur au-dessus d'un barrage d'abord incomplet, prend une part considérable à l'évolution des lésions locales. » Ce danger ne serait réel que dans certains cas. M. OCKINCZYC (*Soc. de Chir. de Paris*, séance du 12 janvier 1921) insistait sur les inconvénients d'une simple entérostomie dans les occlusions de cause inconnue : il s'agissait de deux observations de volvulus de l'S iliaque : or, la critique ne tombe-t-elle pas d'elle-même devant la rareté de cette lésion dans nos pays ?

De toute façon, n'est-il pas possible de faire toujours par l'incision menée en vue de l'établissement d'un anus contre nature, quel qu'en soit le siège, une rapide exploration de la cavité abdominale, qui montrera le siège de l'obstacle, l'étendue, sinon la nature des lésions ? Parfois, on aura la chance, ayant découvert l'obstacle, de pouvoir, lorsqu'il est mobile, l'attirer à la plaie, où il est fixé et extériorisé : c'est autant de gagné sur les opérations ultérieures. Dans ces conditions, l'entérostomie est faite sur la portion extériorisée de l'anse afférente. Ainsi se trouve réalisée une des conditions les meilleures de l'opération dont le résultat doit être la création d'un anus artificiel le plus rapproché possible du point obstrué. M. le Professeur DELBET pousse si loin ce souci que dans la discussion sur le traitement du cancer des colons à la *Soc. de Chir.* (1914), il n'hésita pas à proclamer la nécessité de mener une secon-

de incision, au cas où la première, simplement exploratrice, ne permettrait pas d'atteindre ce but.

Or, que se passe-t-il dans la plupart des cas ? A moins de fortes présomptions, en faveur d'un obstacle de l'S iliaque, auquel cas l'incision est tracée dans la fosse iliaque gauche, c'est dans la fosse iliaque droite, qu'en l'absence de renseignements précis, est faite cette ouverture de la paroi : elle permet d'aller reconnaître le cœcum. Sa dilatation est l'indice d'un obstacle du gros intestin : l'exploration permet d'en apprécier le siège et, surtout, la mobilité. Si celle-ci paraît considérable, il y a peut-être intérêt à faire une nouvelle incision pour procéder à l'extériorisation. Sinon, il faut se contenter d'une cœcostomie en un temps ou en deux temps : il est toujours possible, dans les occlusions lentes, de la faire suffisamment tôt pour en retirer de bons résultats et la mortalité opératoire est, certainement, moins élevée que dans les occlusions aiguës, où, trop souvent, elle n'est réalisée qu'*in extremis*. Par cette même incision dans la fosse iliaque droite, il est possible de découvrir les obstacles de la fin de l'iléon, qui, plus longtemps mobiles que les lésions coliques, se laissent facilement extérioriser (Obs. X). L'entérostomie du grêle est plus aléatoire que la cœcostomie : moins bien supportée, elle exige une seconde intervention dans des délais assez courts. De toute façon, même avec une cœcostomie ou une colostomie, bien supportée, il semble qu'il est préférable de ne pas remettre trop longtemps cette seconde inter-

vention destinée, sur un ventre devenu souple, chez un sujet dont l'état général est souvent considérablement remonté, à découvrir la nature de l'obstacle et à le traiter en conséquence. En effet, si tout danger de complications est écarté, l'attente trop longue en crée un autre : celui de révéler un obstacle devenu inopérable. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que le cancer intestinal est la notion dominante dans les occlusions lentes et progressives.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite). — Néo de la partie supérieure de l'anse sigmoïde.

M^{me} D., 51 ans. — Entrée le 3 oct. 1919, Salle Léon Lefort, service Lejars, hôp. Saint-Antoine. — Rien à signaler dans les antécédents. Histoire de la maladie : Début Mai 1919. La malade avait été envoyée à la campagne, par son médecin, pour faiblesse et anémie, dont elle souffrait depuis un an. C'est là qu'elle éprouve une première crise douloureuse abdominale : colique généralisée, vomissements alimentaires et bilieux. Un peu de gonflement du ventre. Des gaz sont émis par l'anus. Mais, pendant 2 jours, impossibilité d'aller à la selle. Un lavement provoque une débâcle au bout de ce temps. Légère amélioration, mais reprise presque immédiate des accidents, qui nécessitent un nouveau lavement. Et ainsi, de 2 jours en 2 jours environ, pendant une période de 3 semaines, la malade est obligée de se débloquer.

Toutefois, l'amélioration se maintient de moins en moins à la suite de chaque débâcle, les vomissements se font plus fréquents : la malade restreint son alimentation jusqu'à ne plus prendre que du lait ou du bouillon

par cuillerées à café. Un médecin consulté (Luxembourg) traite le cas comme étant de la constipation chronique avec troubles gastriques réflexes. Il essaye de supprimer les lavements et de faire de la rééducation intestinale (massages, douches, bains de soleil). Mais ce traitement, conduit pendant 4 mois, ne donne aucun résultat et ce n'est que par des lavements que la malade évacue son intestin.

Cependant, l'état général avait décliné, mais la malade, pâle et amaigrie, put revenir à Paris. Elle fait ce voyage fin septembre et en éprouve une grande fatigue. Après trois jours de séjour chez elle, étant seule et ne pouvant se soigner, elle est envoyée à Saint-Antoine.

Etat de la malade à son entrée : S. fonctionnels. Pas de matières depuis 7 jours. Quelques gaz quotidiennement. Vomissements amers, non spontanés, provoqués par toute tentative d'alimentation : le bouillon seul est gardé, par cuillerées à café. Douleur généralisée, constante, sourde. Pas de paroxysmes. S. physiques : Abdomen un peu volumineux. Pas d'anse visible sous la peau. Souplesse presque normale. Pas de tumeur. Pas d'ascite. Pas de contractions intestinales. Touchers rectal et vaginal : Négatifs. S. généraux : Amaigrissement. Pâleur, faciès fatigué. Langue saburrale, mais humide, Pouls un peu agité, mais bien frappé. Température normale.

Le 4 octobre 1919 : Lavement électrique : Matières et gaz.

Le 5 octobre : La malade est transportée chez le Docteur Lenoir pour examen. Le lavement électrique, répété, donne le même résultat, mais les accidents d'occlusion reparaissent immédiatement après et c'est pourquoi la malade est repassée chez le Professeur LEJARS.

Le 21 octobre 1919 : Première opération : Laparotomie. Gros intestin dilaté jusqu'en bas. Ni bride, ni tumeur, cœcostomie en 2 temps. Suites opératoires excel-

lentes. La malade se remet, engraisse, se recoloré. Mais le transit par le bout inférieur ne se rétablit pas. L'anús iliaque tend à se fermer, et il faut le dilater de temps à autre. Des examens radioscopiques répétés ne donnent aucun résultat.

Le 11 avril 1921. — Laparotomie para médiane gauche, Colon énorme ; à sa partie déclive, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, masse bosselée, dure, se prolongeant dans le méso còlon et entourée de nodosités péritonéales de mêmes caractères. On parvient à la décoller et l'amener au dehors. Fixation au péritonie pariétal par des points en U. Réfection du reste de la paroi (Professeur LEJARS).

Le 16 avril 1921. — Section des 2 bouts au thermo. Ablation de la tumeur. Ligature des vaisseaux mésocoliques. Réunion des lèvres muqueuses à la peau. Issue d'une très grande quantité de matières fécales liquides (Professeur LEJARS).

Après cette opération, l'anús iliaque droit se ferme spontanément.

Le 17 juillet 1921 : Libération des 2 bouts qui se rapprochent par leurs bords antérieurs, sans tension. Réunion de ce bord en bloc et surjet sero sereux. R. de la paroi (LEJARS).

Suites opératoires excellentes. Une petite fistule se ferme rapidement. Le transit intestinal est rétabli par sa voie normale. Selles spontanées quotidiennes.

OBSERVATION II (Inédite). — Néo bas situé de l'anse sigmoïde.

M. O..., 55 ans. — Entré le 17 avril 1921, salle Blandin, Service LEJARS, hôp. Saint-Antoine. — Rien à signaler dans les antécédents. Histoire de la maladie : Début en

janvier par douleurs abdominales généralisées et constantes. Paroxysmes spontanés, localisés dans la fosse iliaque gauche. En même temps, apparition d'une constipation que les laxatifs et les lavements arrivent à vaincre aisément d'abord, mais difficilement dans la suite. A Pâques : crise douloureuse extrêmement violente : douleur vive, généralisée. Etat nauséux sans vomissement. Il pense à un empoisonnement et se purge. La purgation reste sans effet. Le lendemain, un lavement ne ramène aucune matière, seulement des gaz. Cependant, le caractère aigu de la crise a disparu : les douleurs sont moins vives. La constipation reste opiniâtre, mais des gaz sont expulsés. Toutefois, l'abdomen commence à grossir.

Rien de neuf jusqu'au 10 avril : à partir de cette date, plus rien ne passe. Les gaz eux-mêmes sont retenus. L'abdomen se météorise rapidement. Les douleurs sont revenues et s'exagèrent. Le malade perçoit des bruits de glou glou en divers points du ventre. Il n'y a toujours pas de vomissement. Etat général excellent.

Le premier vomissement apparaît dans la nuit du 15 au 16.

Le 16, deux vomissements bilieux. Le malade commence à se fatiguer. Il entre à Saint-Antoine dans le service de M. le docteur SIREDEY.

Etat du malade à son entrée : Pas de selle depuis fin mars. Pas de gaz depuis le 10 avril (6 jours). Vomissements bilieux, ventre ballonné, un peu tendu. Pas d'anses visibles. Tympanisme généralisé. Faciès excellent. Langue humide. Temp. et pouls normaux. Toucher rectal : masse à bout de doigt, très haut située. Le malade a un vomissement fécaloïde dans la soirée. On le passe le lendemain dans le service de M. le Professeur LEJARS.

Le 17 avril 1921. — Anesthésie locale à la novocaïne. Anus iliaque gauche en 2 temps. Ouvert le 20 avril au

thermo. La simple fixation de l'anse à la paroi avait fait disparaître les vomissements. Suites opératoires excellentes. Le malade sort de l'hôpital un mois après, ayant un anus iliaque fonctionnant parfaitement.

Le 1^{er} décembre 1921 : Sous rachianesthésie (novoc. 10 centig.). Laparotomie exploratrice. On trouve un néoplasme généralisé à tout le bassin. Noyaux péritonéaux multiples. Réunion (Docteur BROcq, chef de clinique).

OBSERVATION III (Inédite). — **Néo bas situé de l'anse sigmoïde.**

M. S..., 46 ans, entré le 28 oct. salle Blandin, service LEJARS, hôp. Saint-Antoine. Rien à signaler dans les antécédents. Histoire de la maladie : Début, il y a 3 mois, par petites coliques généralisées, survenant spontanément, se passant de même. A la même époque, apparition de la constipation. Elle frappe d'autant plus le malade qu'il allait à la selle régulièrement. Il est obligé, à partir de cette date, d'avoir recours aux lavements.

De temps à autre, en août, septembre et octobre, une colique plus violente, plus douloureuse. Le ventre se gonfle un peu. Une purgation remet tout en ordre. Par trois fois, selles contenant du sang : un médecin consulté les attribue à des hémorroïdes.

L'affection évolue ainsi jusqu'au 25 octobre par crises successives, de plus en plus fréquentes.

Le 25 octobre : Nouvelle crise douloureuse. A son habitude le malade se purge (magnésie) : aucun résultat.

Le 26 octobre : 30 grammes d'huile de ricin, le matin : de nouveau aucun résultat. Le soir, nouvelle tentative : 30 grammes d'huile de ricin sont de nouveau absorbés. Les douleurs sont devenues très vives. Le ventre s'est gonflé. Etat nauséux.

Le 27 octobre : Aucune débâcle. Le malade commence à vomir. (Vomissements bilieux).

Le 28 octobre : Rien ne passe par l'anus. Les vomissements sont incessants. Le malade est envoyé à l'hôpital. Etat du malade à son entrée : Coliques généralisées. Pas de selle depuis 5 jours. Pas de gaz depuis 3 jours. Vomissements verts incessants. Abdomen météorisé, un peu tendu. Le cadre colique se dessine parfaitement. Pas d'anses visibles. Tympanisme généralisé. Toucher rectal négatif, faciès fatigué. Langue encore humide. Pouls et température normaux.

Le 28 octobre : Sous-rachianesthésie, laparatomie médiane. Colon dilaté : A sa partie inférieure, néo en virole. Fermeture de la paroi, anus iliaque gauche, ouvert immédiatement (Docteur BROCO, chef de clinique).

OBSERVATION IV (Inédite). — **Néo du colon transverse dans sa moitié gauche.**

M^{re} G..., 53 ans. — Entrée dans le service de M. le Docteur Bensaude, le 26 février 1921. De 23 à 32 ans : coliques hépatiques et néphrétiques, 2 grossesses normales.

Histoire de la maladie : Début en novembre 1920, par douleur gastrique avec irradiations lombaires, qui ne se manifeste que dans la station verticale. Elle cesse complètement dès que la malade se couche. Ni vomissements, ni perte de l'appétit. Diarrhée. Cet état douloureux persiste pendant une huitaine de jours, et disparaît spontanément.

Vers le milieu décembre 1920, réapparition des douleurs, un peu modifiées : barre abdominale, enserrant le ventre, en ceinture, au niveau de l'ombilic. Pas de vomissement. Appétit conservé. La diarrhée est plus abondante que la première fois. Elle disparaît au bout de dix jours, et fait place à de la constipation.

Aucun changement jusqu'en février. La malade maigrit : de 71 kil., en décembre, elle tombe à 63, en février. Début février 1921 : la douleur se localise dans la fosse iliaque droite, où la pression est douloureuse. Il y a du gonflement, par moments, dans cette région. Le diagnostic d'appendicite chronique avec entérite, est porté.

Le 23 février, une crise douloureuse plus vive. Douleurs généralisées, avec maximum à l'épigastre. Pas de vomissements, mais éructations gazeuses fréquentes. Quelques gaz par l'anus. Aucune selle depuis 48 heures.

Eat de la malade à l'entrée. — Malade maigre, mais dont l'état général est excellent. Langue humide. Pouls bien frappé. Abdomen un peu gros, mais non tendu. Aucune tumeur, aucune saillie appréciable. Souplesse normale. Un peu de matité dans les flancs. Pas de clapotage. Touchers rectal et vaginal négatifs.

Du 26 février au 8 mars. — Dans le service de M. le Docteur BENSAUDE, la malade va à la selle quotidiennement avec des lavements. Des gaz sont évacués spontanément. Inappétence complète ; la moindre ingestion alimentaire détermine des éructations pénibles. Il n'y a pas de vomissement. La malade souffre de tout le ventre, avec cependant un maximum (sensation de grosse pierre) dans la fosse iliaque droite : on ne sent rien à ce niveau.

Le 2 et le 7 mars. — Examens radioscopiques : Le lavement opaque passe facilement. Images anormales (lacunes ?) sur l'anse sigmoïde et l'extrémité gauche du transverse.

Le 8 mars 1921. — Opération dans le service de M. le Professeur LEJARS. — Incision iliaque droite. — Ascite. — Noyaux disséminés sur tout le péritoine, néoplasiques. La main, introduite dans l'abdomen, va palper une tumeur volumineuse (poing) irrégulière, bosselée, située dans l'hypocondre gauche. — Cœcostomie.

Suites opératoires très bonnes. L'anus iliaque fonc-

tionne régulièrement. La malade est repassée dans le service de M. le Docteur BENS AUDE, toute autre opération étant impraticable pour l'instant.

OBSERVATION V (inédite. Due à l'obligeance du Docteur SÉJOURNET, chef de clinique adjoint). — **Néoplasme sigmoïdien.**

B..., 64 ans. — Entre dans le service LEJARS en septembre 1920. Rien à signaler dans les antécédents.

Début de la maladie difficile à préciser. Le malade éprouve depuis quelques mois une constipation croissante. Il fait usage constant de purgatifs, de lavements, qui dans les premiers temps étaient suivis d'un résultat rapide, et qui commencent à épuiser leurs effets.

Des crises de coliques, à peine esquissées au début, deviennent de plus en plus fréquentes. Le malade a l'impression très nette que quelque chose fait obstacle sur son intestin au passage des gaz et des matières, que ce quelque chose provoque des contractions intestinales, qui s'arrêtent toujours au même point. A un moment donné, il y a quelque chose qui cède, des gaz s'échappent, et, en général, des matières sont évacuées en quantité notable. Elles sont liquides. Jamais le malade n'a constaté ni sang, ni matières noires. Les crises de coliques ne sont pas très douloureuses.

Amaigrissement. Appétit médiocre.

Etat du malade à son entrée. — La malade n'a pas été à la selle depuis quinze jours. Seuls, quelques gaz ont pu filtrer. Ni vomissement, ni état nauséeux. Langue humide. Excellent état général.

Abdomen flasque à parois amaigries qui transmet facilement les ondulations de l'intestin sous jacent.

Par intermittence, on voit se dessiner sous cette paroi, une sorte de boudin, animé d'ondulations lentes et con-

tinues, qui traduisent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Le malade, qui connaît ces contractions, en indique la progression. On les voit se diriger de droite à gauche et se perdre dans le flanc gauche. A ce moment, sensation d'arrêt. On voit alors apparaître des mouvements en sens inverse. Quelques borborygmes.

Au palper, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dure limitée, mobile transversalement, non douloureuse, ne dépassant pas le volume d'un œuf de poule, est aisément rattachée au colon ilio-pelvien.

Le toucher rectal ne permet pas d'arriver sur la tumeur. Examen aux rayons : Arrêt du lavement opaque dans l'S iliaque.

Opération, 15 sept. 1921 (Docteur SÉJOURNET).— Sous anesthésie locale, création d'un anus cœcal dans la fosse iliaque droite, en deux temps.

18 sept. — Le malade en est à son 18^e jour d'occlusion : l'état général est le même. Ni vomissements, ni nausées. Les contractions péristaltiques de l'intestin sont beaucoup moins nettes que précédemment.

Ouverture du cœcum au thermo. Quelques gaz. Peu de matières.

19 sept. — Evacuation insignifiante de matières.

20 sept. — Même état. Par une sonde de Nélaton introduite dans la bouche cœcale, un lavage du gros intestin et du grêle ne donne pas davantage issue aux matières fécales. Et cependant, il n'y a toujours pas de ballonnement. Huile de ricin par cuillerées à café toutes les deux heures.

21 sept. — L'anus iliaque commence à fonctionner. On en est au 21^e jour d'occlusion. Les jours suivants, débâcle extraordinaire de matières fécales. Cette débâcle calmée, la régularisation des selles s'installe rapidement. Parallèlement, l'état général s'améliore considérablement. Le malade reprend appétit, engraisse. Les dou-

leurs abdominales ont complètement disparu. Plus aucune selle n'est évacuée par le rectum.

Cette amélioration n'est que de courte durée. Quelques semaines après le malade recommence à maigrir, à perdre l'appétit.

En décembre 1920, après nouvel examen radioscopique, M. le Docteur LEJARS fait une laparatomie paramédiane gauche, et tombe sur une tumeur de la fin de l'S. iliaque, absolument soudée à la paroi pelvienne postérieure, sans mobilisation possible. Réunion. Le malade quitte l'hôpital sur sa demande le 22 fév. 1921, dans un état de cachexie qui laisse prévoir la fin prochaine.

OBSERVATION VI (D^r CHARRIER, d'Angers; séance du 17 octobre 1900, *Soc. de Chir. de Paris*). — **Cancer de l'angle du colon ascendant et du colon transverse.**

M^{me} B..., âgée de 35 ans. Bonne santé. Rien à signaler du côté de l'intestin, appétit satisfaisant, fonctions digestives régulières. Jamais d'alternatives de constipation et de diarrhée.

C'est en mai 1899 que se sont brusquement manifestés les troubles intestinaux. M^{me} B. est prise de coliques violentes dans tout le ventre, avec maximum dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite; la constipation est absolue. Il n'en faut pas davantage pour faire songer à l'appendicite. Traitement par repos au lit, émollients sur le ventre, lavements évacuants. Finalement, les symptômes s'apaisent, la malade va à la selle: la crise a duré trois jours.

Juin 1899. — Deuxième crise analogue à la première survenue sans cause et avec la même brusquerie, terminée de la même façon au bout de trois jours.

Juillet 1899. — Troisième crise, analogue aux deux

précédentes, mais plus intense ; le maximum douloureux est toujours dans la fosse iliaque droite ; la malade perçoit, et le médecin constate une tuméfaction très nette, à droite au dessus de l'arcade crurale ; la constipation est absolue. Cette crise dure 5 jours.

Pendant les périodes d'accalmie, la malade souffre toujours dans le ventre et ne va à la selle que par lavements savonneux ou autres. L'état général reste mauvais. La malade mange peu, choisit sa nourriture (lait, bouillons, œufs). Amaigrissement remarqué par l'entourage.

Août 1899. — Quatrième crise plus violente encore que les autres, les évacuants ne donnent aucun résultat ; vomissements fréquents, bilieux au début, d'autant plus abondants que la malade absorbe davantage de liquide ; les douleurs du ventre sont intolérables, le maximum toujours à droite ; privation de sommeil depuis plusieurs jours, à cause de l'intensité des douleurs.

19 Août 1899. — La malade est vue à 5 heures du soir. Abdomen tendu, ballonné, sonore dans toutes les régions. Borborygmes gazeux et liquides qui augmentent pendant l'exploration. La malade souffre beaucoup : Coliques violentes, intermittentes, par crises dont la durée est de deux à trois minutes. Le maximum de la souffrance est nettement dans la fosse iliaque droite. Dans l'intervalle des douleurs, le ventre tout entier est endolori.

Exploration du ventre relativement facile. Dans les instants de calme on peut enfoncer la main dans la fosse iliaque droite, qui semble libre (ni boudin cœcal, ni empatement apparent, le colon ascendant n'est pas perçu). On constate, au-dessus de l'arcade crurale, une tumeur dure et résistante, grosse comme le poing ; mais elle disparaît entre les coliques pour reprendre avec elles

c'est évidemment le cœcum dont nous percevons les contractations.

Rien dans le reste de l'abdomen. Organes génitaux sains. Diagnostic porté : Occlusion intestinale chronique avec crises aiguës. La cause en est probablement un néoplasme de l'intestin, siégeant soit sur le cœcum lui-même, soit au dessous de lui.

Opération : 25 août. — Anesthésie chloroformique.

1^{er} Temps. — Incision longitudinale, de 12 centim. dans la fosse iliaque droite, sur le bord externe du grand droit. Appendice normal, cœcum sain. On voit se produire et disparaître la tumeur. Pendant la contraction, le cœcum est tellement dur, qu'on dirait qu'il va éclater.

2^e temps. — Recherche de l'obstacle et conduite à tenir : La main droite, introduite dans le ventre, voit le colon ascendant qui est distendu. A l'angle sous hépatique, découverte d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, située sous le foie, adhérente en arrière.

3^e temps. — Laparotomie gauche, anastomose iléo-sigmoïde. Incision de 12 à 15 centimètres sur le bord externe du grand droit gauche. L'S iliaque est attirée dans la plaie et anastomosée à la dernière anse grêle recon nue (anatomiquement, l'anastomose a porté, d'une part sur l'iléon, à 20 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, d'autre part, sur la première partie de l'anse sigmoïde, dans la fosse iliaque gauche).

4^e temps. — Suture des incisions abdominales par 2 plans profonds au catgut et un plan superficiel aux crins de Florence.

Durée de l'intervention : 50 minutes.

Suites opératoires. — Une heure après l'opération, la malade rend des selles par l'anus. Débâcle pendant les 24 premières heures.

Après dépression un peu plus marquée le troisième

jour, les forces viennent, l'alimentation est possible. Du 5^e au 20^e jour : Amélioration lente, mais progressive.

La malade rentre chez elle le 15 septembre.

Au bout de 5 à 6 semaines, les selles, jusqu'alors liquides, redeviennent normales.

1^{er} décembre. — La malade a repris 3 kilogs. Selles régulières. Jamais de vomissement depuis l'opération.

(OBSERVATION VII (Inédite). — Corps étrangers et néoplasme sigmoïdien.

M^{me} V..., 61 ans. — Entrée le 21 février 1921, salle Blandin, service LEJARS, hôp. Saint-Antoine. — Rien à signaler que 8 grossesses normales.

Histoire de la maladie. — Depuis 1914, la malade souffre de son ventre. Au début, douleur vague, généralisée, survenant spontanément, disparaissant de même, plusieurs fois dans le courant d'une même journée. Rien d'autre : Ni vomissement, ni constipation, ni perte de l'appétit.

Les choses restent en cet état jusqu'en novembre 1920. A cette date, les douleurs deviennent continues et se localisent en même temps dans la fosse iliaque gauche. La malade souffre durant toute la journée. La nuit, elle ne souffre plus, à condition qu'elle se couche sur le côté droit. La position couchée gauche est douloureuse.

De novembre 1920 à janvier 1921. — Sur ce fond douloureux constant, se greffent des paroxysmes localisés dans la fosse iliaque gauche. Il n'y a toujours pas de constipation. Etat général excellent.

Pendant le mois de janvier, les crises douloureuses du côté gauche deviennent plus vives et plus fréquentes. La malade éprouve nettement la sensation d'un obstacle s'opposant, par moments, à l'évacuation de gaz intesti-

naux qui la gênent et remuent dans son ventre. A ce moment, la constipation apparaît. Elle augmente rapidement, et en un mois, les lavements et les purgatifs, qui agissaient d'abord, deviennent impuissants. Le ventre grossit. La malade a envie de vomir.

Le 25 janvier : la malade est obligée de s'aliter. Elle vomit maintenant, à peu près tout ce qu'elle prend. Aucune matière n'est rendue par l'anus. Quelques gaz fusent chaque jour. C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital.

Etat de la malade à son entrée : Aucune matière depuis près d'un mois. Aucun gaz depuis 10 jours, vomissement à la moindre tentative d'alimentation. Abdomen ballonné, tendu, mais dépressible, un peu douloureux à la pression. Tympanisme généralisé. Pas d'ascite, touchers rectal et vaginal : négatifs. Visage fatigué mais bon état général. Langue humide. Pas de maigreur. Pouls et température normaux.

Du 21 au 27 février : Tentatives de déblocage. Entéroclyses. Lavements électriques (25 et 26) purgatifs, hypophyse. Rien n'agit.

Le 27 février. — Sous anesthésie locale cœcostomie en deux temps. L'anus, ouvert 3 jours après, fonctionne de suite, débâcle formidable de matières et de gaz.

Le 26 avril. — Une selle par l'anus rectal. Dès lors, à partir de cette date, fonctionnement normal, à raison d'une selle spontanée quotidienne par l'anus rectal. L'anus cœcal tend à se fermer.

Le 9 juin. — Examen radioscopique dans le service du D^r BENSAUDE. Le lavement opaque et la rectoscopie ne donnent aucun renseignement. Mais, à la suite de cet examen, disparition du transit par le bout inférieur, et refonctionnement de l'anus cœcal.

De cette date jusqu'en novembre, la malade évacue par l'orifice de cœcostomie 30 noyaux de prunes, soit

isolément, soit par groupe plus ou moins nombreux. Elle déclare, à ce moment que, toujours elle s'est montrée très friande de ces fruits, qu'elle avalait en entier.

Des lavements, dans les deux sens, ne peuvent rétablir le transit du bout inférieur.

Le 5 novembre 1921. — Nouvel examen radioscopique (D^r BECLÈRE). Le lavement opaque s'arrête au niveau de l'anse sigmoïde.

Le 15 novembre. — Sous anesthésie générale, laparotomie para-médiane gauche S. iliaque très dilatée. A sa partie supérieure, on tombe sur une tumeur bosselée, dure, encore un peu mobile, sans ganglion palpable. On extériorise la masse sur une sonde en verre et par quelques points d'accolement.

OBSERVATION VIII. — (E. MARQUIS, prof. suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de Rennes. *Soc. de Chir. de Paris*, Séance du 27 nov. 1912). — **Plus de 600 corps étrangers retenus depuis des années au-dessus d'un rétrécissement de l'intestin grêle.**

R..., cultivateur, 46 ans. — Entre le 29 août 1919 à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

L'affection qui l'amène, a débuté il y a 8 ans par des douleurs intestinales, survenant sous forme de crises, tous les deux ou trois jours. A cette époque, leur durée, relativement courte, ne dépassait jamais deux heures.

Deux ou trois ans plus tard, ces douleurs s'accompagnèrent de ballonnement du ventre et de gargouillements, le tout disparaissant quand le malade avait réussi à rendre des gaz par la bouche.

Puis, il y a trois ans, apparurent les premiers vomissements. Pendant ce temps, la constipation dont le malade avait souffert toute sa vie continuait ; jamais durant cette longue période de 8 ans, il ne se plaignit de diar-

rhée. De même, il ne se souvient pas d'avoir rejeté de sang dans ses selles, mais très souvent des glaires accompagnés, parfois, de taches jaunes ressemblant à du pus.

Depuis le début de la maladie, l'amaigrissement est considérable et dans cette seule dernière année, il a perdu 10 kilogs.

Fait à retenir dans l'histoire de ce malade, il a été toute sa vie très friand de cerises ; autrefois, avant de souffrir, et même encore dans les premières années de sa maladie, il en mangeait des quantités. Mais il ne se contentait pas d'avaler les fruits ; il ingurgitait aussi les noyaux ; si bien que chaque année, c'étaient des centaines de noyaux qu'il avalait.

Toutefois, ayant remarqué une corrélation entre l'apparition des crises et l'ingestion des noyaux, dans les quatre dernières années, il n'a pas mangé plus d'une dizaine de cerises.

Rien à noter, ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Etat lorsqu'il entre à l'hôpital. — *a)* Pendant une crise. — Chaque jour, après le déjeuner du matin, qui pour lui était le repas principal, survenait une douleur très vive, dont le siège, toujours le même, se trouvait dans le flanc droit. Au bout de 2 à 3 minutes, on entendait des bruits musicaux, des gargouillements, qui chaque fois suivaient le même chemin, c'est à dire quittaient le flanc droit pour remonter vers l'épigastre. A ce moment, émission toujours abondante de gaz par la bouche, car elle durait parfois jusqu'à 10 minutes. Sitôt après, cessation de la douleur, mais ce répit était de courte durée, car tout de suite, un nouveau cycle recommençait, fait comme le précédent, de douleurs, gargouillements et renvois gazeux. Pendant ce temps, le ventre était dur, ballonné ; sous la paroi, on voyait la reptation des anses intestinales. Palpation très douloureuse.

Au début, la crise durait de 2 à 3 heures. Actuellement elle commence à 8 heures le matin pour ne finir qu'à 5 heures le soir. Au début, un vomissement alimentaire était le signal de la fin. Actuellement, il vomit plusieurs fois pendant une crise (alimentaires, bilieux (verts et noirs).

Jamais d'évacuation rectale comme finale d'une crise.

b) En dehors de la crise. — L'abdomen reste ballonnée surtout dans la région sous ombilicale.

A la palpation dans la région ombilicale et hypogastrique, on a une sensation très spéciale, comme celle de corps étrangers qu'on ferait s'entrechoquer.

Etat général mauvais : Pouls à 100. Amaigrissement extrême, urines rares, non albumineuses.

Le diagnostic porté est : Occlusion intestinale chronique de cause indéterminée.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le peritoine ouvert, on tombe sur une énorme poche intestinale qui simule l'estomac (longueur 30 centim. ; largeur 20 centim). Elle se termine brusquement par un point rétréci, et au dessous se trouve de l'intestin grêle, dont on ne voit pas la fin, mais qui est très étroit, aplati, vide. En palpant la poche, constituée aux dépens du grêle, on perçoit dans son épaisseur une multitude de corps étrangers, dont on ne peut à ce moment, préciser la nature. Un grand nombre de ganglions durs et petits, au niveau du mésentère.

Une entéro anastomose est pratiquée (latéro-latérale) avec longue incision de 8 centimètres pour éviter l'oblitération de la bouche par les corps étrangers. Suites opératoires banales : Réunion *per primam* ; ce qui mérite de retenir l'attention, c'est le rejet des corps étrangers que recelait la poche intestinale, à parois épaisses, formées d'un tissu non œdématisé, ferme et résistant, et

n'ayant aucune tendance à couper sous l'influence des fils.

Pendant quatre semaines que le malade passa à l'hôpital après son opération, 640 petits corps étrangers furent retrouvés dans les selles (noyaux nus ou enrobés).

Malade revu trois ans après l'opération : il a considérablement engraisé, mange bien et ne souffre plus. L'examen aux rayons X, montre la persistance de l'énorme poche intestinale.

OBSERVATION IX (Observation inédite). — Occlusion lente par masse stercorale.

Madame F..., âgée de 83 ans. - Entre le 7 Mars 1921 salle Blandin, hôpital Saint-Antoine pour occlusion intestinale.

Antécédents personnels. Rien à signaler qu'une grande constipation dont la malade est atteinte depuis plusieurs années.

Histoire de la maladie. — Depuis quelques mois, la constipation s'est accrue : la malade allait auparavant à la selle tous les quatre ou cinq jours seulement, mais spontanément ; maintenant, elle doit se lavementer et ne va à la selle que par ce moyen.

Dans la nuit du 4 au 5 mars, réveil brusque par des douleurs abdominales violentes, généralisées, coliques très pénibles avec vomissements amers.

Dans la journée du 5 mars, coliques et vomissements cessent d'eux mêmes. La malade qui se sent un peu encombrée, prend un lavement, qui reste sans résultat.

Le lendemain 6 mars, nouveau lavement, pas de résultat.

Le 7, son médecin l'envoie à l'hôpital.

Examen de la malade à son entrée :

S. physiques : Abdomen non météorisé, souple, dépressible, non douloureux. Pas de contractions visibles.

A droite et un peu au dessus de l'ombilic, on perçoit une petite tumeur, un peu moins grosse que le poing, allongée de haut en bas, irrégulière, légèrement bosselée, mobile, un peu dépressible et douloureuse à la pression.

S. fonctionnels : Plus de coliques. Pas de selles depuis 4 jours. Quelques gaz chaque jour.

S. généraux : Faciès très bon. Pouls et température normaux. Langue humide.

Un grand lavement de deux litres d'eau bouillie est immédiatement administré. Il est rendu sans matières.

La malade est revue dans la soirée ; elle vient d'avoir une débâcle spontanée et formidable (2 bassins) de matières. La tumeur abdominale semble avoir diminué. Elle est nettement molle maintenant.

Le lendemain matin : une selle spontanée. La tumeur est nettement en voie de régression.

Dans la journée, nouveau lavement, nouvelle évacuation.

Le 9 mars, la malade quitte l'hôpital, n'ayant plus de tumeur.

OBSERVATION X (D^r ESTOR, de Montpellier. *Soc. de chir.*, séance du 8 nov. 1916). — **Fibromyxome de l'intestin grêle.**

M^{me} X..., 52 ans. — Rien à signaler dans ses antécédents. Début des accidents intestinaux en mai 1916 : l'abdomen commence à grossir, et elle ressent des borborygmes fort pénibles.

En juin. — Deux ou trois fois, état nauséux, sans vomissement.

En Juillet : Nouveau symptôme : douleurs épigastriques.

Fin juillet. — Une crise caractérisée par : ballonnement, impossibilité d'aller à la selle, vomissements. Elle dure toute une nuit.

En août : 2 crises semblables, qui depuis cette époque se sont reproduites chaque semaine.

Examen de la malade (18 septembre). — Ballonnement. Tympanisme généralisé. Douleur généralisée. La pression est un peu plus douloureuse au point de M. Burney.

Les touchers rectal et vaginal sont négatifs.

En présence de la persistance de ces troubles : constipation, douleur, borborygmes, nausées et vomissements, on porte le diagnostic d'appendicite chronique.

Le 20 septembre 1916. — Opération (Ether). Incision de Jalaguier. Le péritoine ouvert, j'aperçois une anse grêle dilatée et me rends compte qu'il s'agit d'une occlusion intestinale. L'anse est dévidée et l'on arrive sur une partie indurée qui est extériorisée aussitôt. On a la sensation d'un néoplasme intra intestinal, agent de l'occlusion. On pourrait croire, à un examen superficiel, qu'il s'agit d'une invagination, mais on n'aperçoit pas le sillon caractéristique. Toute la partie indurée est largement excisée ainsi que le triangle mésentérique correspondant, puis une entérorraphie circulaire est pratiquée.

Suites opératoires simples. — Au bout de 5 à 6 jours, soulagement très notable. 22 jours après l'opération, selles régulières et quotidiennes sans lavement.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un fibromyxome. Aspect général et volume d'un gros marron.

OBSERVATION XI (D^r MARTIN, chir. des hôpitaux de Paris.
Soc. de chir., séance du 8 décembre 1920). — **Adénome
du grêle.**

M^{me} X., 22 ans, entre à l'hôpital Tenon, service du D^r Lœper, pour troubles intestinaux dont le début remonte à 1918.

Au cours de la première année, la malade accuse des crises douloureuses avec tension de la région ombilicale, survenant 4 heures après les repas. Les crises apparaissent tous les cinq jours, durent une demi-heure. A 2 reprises seulement, on signale des vomissements. Entre les crises, constipation très marquée.

Au cours de la seconde année, la constipation devient un sujet d'inquiétude et la malade perd l'appétit. L'amaigrissement est notable.

Le 15 Mai 1920, les phénomènes douloureux se manifestent à nouveau ; les douleurs surviennent 4 ou 5 heures après l'ingestion alimentaire ; elles sont vives, arrachant à la patiente larmes et gémissements, elles semblent débiter dans les régions latéro et sous-ombilicales gauches. Elles se caractérisent par une sensation de torsion.

Dans le service du D^r LÆPER, on assiste à la crise typique du syndrome de sténose du grêle. La paroi abdominale se soulève de gauche à droite. On voit et on sent une tumeur globuleuse, serpentine, dessinant les anses intestinales, animées de mouvements de reptation, se propageant de gauche à droite ; puis, au bout de 4 à 5 minutes, perception de glou-glou, sensation de liquide qui file dans l'intestin ; la tumeur s'affaisse, et, immédiatement, la douleur cesse. On note de plus, à l'examen, une matité évidente, simulant l'ascite.

Depuis 8 jours, à deux reprises, les selles ont été sanguinolentes. Leur examen bactériologique et chimique ne donne aucun résultat.

Rien à signaler à l'exploration des autres organes.

Le malade est en subocclusion depuis 10 jours. On porte le diagnostic de rétrécissement du grêle. L'intervention est décidée.

Le 14 juin 1920. — Opération (D^r MARTIN) (Ether). Laparotomie médiane. Ecoulement d'une petite quantité de liquide séreux. L'intestin grêle apparaît très distendu. Quelques zones sont nettement dépolies. On reconnaît même les voiles pseudo membraneux muco-purulents. Je trouve une frange épiploïque adhérente au grêle, formant une arc mollement tendu, bridant légèrement la masse intestinale. Résection de la bride. L'intestin est exploré sur tout son parcours, et à 60 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale, je trouve une anse irrégulière, bosselée, sans adhérences. Résection entre 2 clans. Suture termino terminale classique. Pas de ganglions dans le mésentère. La longueur de l'anse réséquée est de 15 centimètres. Paroi en 3 plans.

Examen microscopique. — 6 petites tumeurs sur le bord libre de l'intestin et les $\frac{3}{4}$ de sa circonférence. Elles occupent une surface de 3 travers de doigt. Les deux plus volumineuses (cerises) sont adjacentes. Les autres sessiles, arrondies, de teinte rouge foncé, de consistance ferme, de volume beaucoup moindre, sont irrégulièrement disséminées. La muqueuse au voisinage est à peine vascularisée. Les parois semblent normales.

Examen histologique. — Adénôme typique du grêle.

Suites opératoires. — Simples et apyrétiques. Au bout d'un mois évacuations quotidiennes spontanées.

OBSERVATION XII (M. Ch. WALTHER. *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 17 juin 1914). — **Occlusion intestinale lente par invagination de la dernière portion de l'iléon.**

Homme de 44 ans. — Entré dans le service de M. le Dr Ch. WALTHER à la Pitié, dans les premiers jours du mois d'avril 1914, pour accidents gastro-intestinaux mal caractérisés et de diagnostic fort difficile.

Bien portant jusqu'au mois de janvier 1914. A ce moment (premiers jours de l'année) a été pris brusquement, un matin, d'une douleur dans la fosse iliaque droite, douleur assez vive, se manifestant surtout pendant les efforts, la toux, sans vomissement, sans constipation.

Au bout d'une huitaine de jours, la douleur iliaque disparut presque complètement pour faire place à une douleur diffuse dans tout l'abdomen, douleur constante, peu intense, avec, par moments, une véritable crise d'une grande violence, arrachant des cris au malade, et caractérisée, surtout par une sensation de constriction sus-ombilicale, de barre épigastrique.

La répétition de ces crises, de plus en plus fréquentes, avait exagéré l'état de nervosité du malade, ordinairement un peu impressionnable.

A l'entrée dans mon service, nous constatons une douleur spontanée épigastrique ; à la palpation, une très légère sensibilité à l'angle iléo-cæcal sans défense nette de la paroi, sans tuméfaction appréciable autour du siège présumé de l'appendice, mais à la région épigastrique, une sensibilité un peu plus accentuée à la palpation, surtout à droite, où la pression déterminait une défense appréciable de la paroi.

Jamais de vomissement. Pas de constipation. Pas d'hémorragie intestinale. Cependant la réaction de Meyer

révélaît la présence de traces de sang dans les garde-robes. Jamais de selles glaireuses.

L'examen de l'estomac et de l'intestin par toutes les méthodes de recherches, ne donnait pas de renseignement utile : Estomac un peu abaissé, dilaté, sans rétention, sans hyperchlorhydrie, avec localisation assez nette à l'examen radiographique, de la douleur à la palpation au niveau de l'ampoule duodénale.

Je pensais donc à la possibilité d'un ulcère du duodénum, avec, très vraisemblablement, une appendicite qui semblait s'être assez nettement affirmée par le début brusque, avec douleur iliaque droite, revenant par crises.

Un mois d'observation attentive ne donne pas de diagnostic positif.

Opération : 8 Mai 1914. — Laparatomie transversale droite, un peu au dessus du plan ombilical. Je pus ainsi explorer facilement l'estomac, que je trouvai sain, le duodénum, qui ne présentait aucun épaissement, aucune induration, non plus que le pyllore, d'aspect et de consistance absolument normaux.

L'angle droit du colon, la portion adjacente du colon transverse et du colon ascendant étaient couverts de lames épiploïques. Il existait une épiploïte très accentuée de la moitié droite de l'épiploon, avec enveloppement de l'angle droit, et grosse bride précolique. Je libérai complètement le colon et je reséquai la moitié droite de l'épiploon. Je séparai aussi par résection de la membrane intermédiaire les deux tranches de l'angle colique, accolées en canon de fusil.

Ceci fait, j'allai à la recherche du cœcum et de l'appendice et j'eus la surprise de sentir alors et d'amener à la plaie une tumeur cœcale, du volume d'une mandarine, qui, sans doute prolabée dans le bassin, avait toujours

échappé à nos explorations, pourtant bien souvent répétées.

En examinant la tumeur extériorisée il était facile de constater qu'elle était formée par une invagination de la dernière portion de l'iléon, que je crus d'abord située dans le cœcum lui-même. L'âge de l'invagination, qui remontait évidemment à quatre mois, ne permettait guère de songer à la réduire par traction sur l'intestin.

Je fis une large résection iléo-colique et, après fermeture des 2 bouts, je réunis par une très large anastomose latéro-latérale la terminaison de l'iléon au colon et je fis la réunion de la paroi abdominale sans drainage.

Suites opératoires, troublées par une poussée de congestion pulmonaire. Disparition des troubles digestifs.

L'examen de la pièce montra que l'invagination portait exclusivement sur la fin de l'iléon : la tumeur ainsi formée était simplement appliquée contre le cœcum.

A l'ouverture, on découvre une petite tumeur mamelonnée, rouge, très vascularisée, que l'examen histologique (D^r TOURAINE) révèle être une plaque d'inflammation simple, d'infiltration leucocytaire.

OBSERVATION XIII (GÉRARD-MARCHANT ; *rapportée à la Société de Chir. de Paris*, séance du 30 juillet 1902). —

Obstruction intestinale par calcul biliaire.

Léontine V..., âgée de 76 ans, entre à l'hôpital Boucicaut dans les premiers jours du mois de juin 1900, pour occlusion intestinale. Elle est envoyée par l'infirmier des Petits-Ménages.

Antécédents personnels. — Un ictère à l'âge de 35 ans, au moment de la naissance de son 4^e enfant. Durée 6 semaines. Intense. Ne l'a plus revu depuis. Cet ictère ne

semble pas devoir être rapporté à une lithiase ; il ne s'est accompagné d'aucune crise douloureuse rappelant la colique épatique ; d'autre part il a nettement coïncidé, avec l'apparition d'ictère chez de nombreux habitants d'Annecy, où la malade habitait alors, ictère revêtant le type épidémique, sans douleur, parfois mortel.

Depuis cette époque, la malade a toujours été constipée. Cette constipation aurait beaucoup augmenté depuis quelques années, depuis que la malade habite les Petits Ménages, où elle mène une vie sédentaire. De plus, la malade raconte que depuis 20 ans, elle ressent, une ou deux fois par mois, des douleurs abdominales, sous forme de coliques intestinales, se propageant dans tout l'abdomen. Les crises durent trois ou quatre jours. Enfin, depuis quelques années, la malade aurait senti dans le flanc droit, une boule dure, qui semblait, pendant les crises, être le nœud des contractions intestinales douloureuses. Cette tumeur aurait passé récemment dans le flanc gauche (?)

La crise pour laquelle la malade entre à l'hôpital a débuté trois jours auparavant ; elle a été prise de violentes douleurs abdominales, se propageant d'un côté à l'autre de l'abdomen, et survenant plusieurs fois par heure. En même temps, vomissements alimentaires.

Le lendemain, les vomissements deviennent fécaloïdes. On lui fait donner un grand lavement qui n'amène aucun résultat.

Le troisième jour, arrive à Boucicaut, où l'on constate les symptômes déjà décrits : coliques intestinales intermittentes très douloureuses, vomissements incessants.

La palpation attentive de l'abdomen révélait à certains moments en dehors des périodes de contraction douloureuse, dans la fosse iliaque gauche, pas très loin de la ligne médiane, une tumeur vague dont on limitait mal

les contours, semblant de la grosseur d'une petite mandarine ; sa palpation augmente ou réveille la douleur.

Touchers rectal et vaginal négatifs.

Etat assez bon, teint un peu pâle, terreux, mais encore assez d'embonpoint, pas de ganglions périphériques.

En somme l'état de la malade que nous constatons n'était que l'exagération des symptômes observés depuis longtemps.

Devant l'incertitude de diagnostic étiologique on opère.

Opération. — Laparotomie médiane, sous-ombilicale. La main plongée dans l'abdomen, explore l'S iliaque, n'y trouve que des matières dures, qui filent sous le doigt vers le rectum. En plongeant une seconde fois la main, nous tombons sur un corps dur que nous essayons d'amener au dehors, nous voyons alors que c'est un gros calcul, inclus dans une anse grêle, dont il occupe toute la lumière, distendant les parois intestinales. Il est mobile, peut être facilement refoulé en haut et en bas. Taille verticale de l'intestin, sur le bord opposé à l'insertion mésentérique, longue de 5 centimètres. Le calcul s'énuclée facilement, la muqueuse paraît saine. On fait ensuite la suture de la plaie intestinale en deux plans. Réunion avec un drain.

Suites opératoires bonnes. La malade a des gaz le soir même et une selle spontanée le lendemain. Phlegmon de la paroi. La malade sort guérie de l'hôpital, un mois après, il reste seulement une petite fistule à la partie supérieure de la cicatrice.

Actuellement, elle se porte bien, mais souffre toujours de la constipation.

Le calcul avait la forme d'un gros cylindre de 5 centimètres de long sur deux de large.

OBSERVATION XIV (Dr Jean PELLOT. *Soc. de Chir.*, séance du 25 février 1914). — **Occlusion intestinale chronique par bride cœcale.**

M. C..., 38 ans, employé de bureau. — On relève dans les antécédents une fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, une dyspepsie à l'âge de 20 ans, qui s'est améliorée au régime ; enfin à 21 ans, une diarrhée dysentérique. A 24 ans, il entre dans un bureau et prend un peu d'embonpoint ; c'est de cette époque, c'est à dire il y a 14 ans, que commencent les symptômes qui ne feront que s'accroître.

Les premiers en date furent les vertiges et la constipation. Les vertiges le prenaient à tout moment ; ses yeux se troublaient également et l'obligeaient à interrompre tout travail. Ils étaient surtout accentués après le repas : aussi fut-il soigné pour l'estomac. La constipation était opiniâtre, mais sans rien de particulier.

Cette période dure environ 6 ans, puis ces phénomènes se précisent. Le patient se plaint d'une céphalée intense, diurne et surtout dans la région de la nuque.

Les douleurs n'existent pas encore, mais chaque fois qu'il prend ses repas, le malade sent une tension et une gêne qui se localise dans la partie droite de l'abdomen. Il n'a jamais de vomissements. La constipation devient insupportable. Elle ne cède qu'à des purgatifs répétés et quotidiens. De l'expression même du malade, les matières étaient petites comme des rubans ; il sentait qu'il ne s'exonérait pas complètement, bien qu'il se présentât jusqu'à 9 heures de suite à la garde robe.

C'est pendant cette période, exactement il y a 7 ans, que le malade ressentit une violente crise abdominale : un matin, il est pris d'une douleur subite dans la région appendiculaire, mais sans fièvre ni vomissements :

l'abdomen était tellement sensible que le poids seul des draps lui était insupportable. Il eut 2 autres crises semblables dans la suite, mais beaucoup moins accentuées. Enfin, depuis 2 ans, l'aggravation n'a pas cessé. La gêne dans la partie droite du ventre s'accompagne de ballonnement et elle dure toute la journée ; il n'y a que le matin au réveil, que le malade se sent à l'aise. La constipation dure 4 à 5 jours sans que rien n'y fasse et elle se termine par une débâcle de matières ovillées, précédée de gargouillements.

Il se greffe sur ces symptômes un état neurasthénique du malade, qui dans l'impossibilité absolue de travailler, pense au suicide. Les poumons, le foie, la rate sont normaux ; les urines sont normales.

Décembre 1913. — L'examen du malade montre que le ventre est légèrement ptosé. L'inspection et la percussion de l'abdomen ne donnent aucun renseignement. Cependant, la palpation profonde réveille une douleur diffuse dans la région appendiculaire et au dessus d'elle. Le toucher rectal est négatif.

Une radioscopie est faite pour se rendre compte de l'état du côlon. On fait prendre au malade 3 doses de carbonate de bismuth de 20 grammes chacune, à 3 heures, 5 heures et 9 heures du soir. Le lendemain matin, on aperçoit très nettement, du côté droit, collée à la fosse iliaque, une masse noire qui paraît répondre au cœcum ; plus haut, la masse s'interrompt, et, dans les côlons ascendant et transverse, les images sont petites, espacées et rondes ; à l'angle sous-splénique, une masse plus considérable.

En somme, difficulté du passage de la matière bismuthée à environ 3 travers de doigt au dessous de l'angle hépatique du colon. Telle était la conclusion de l'examen radioscopique, qui commandait l'intervention.

Opération le 10 février 1914. — Incision de 10 centi-

mètres de la peau, haut et en dehors dont les 2/3 sont situés au dessus de la ligne réunissant l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le péritoine étant ouvert, on a tout d'abord, de la difficulté à trouver le colon ascendant, car toujours les anses grêles apparaissent à la plaie. Il est enfin trouvé très haut et apparaît de coloration normale, mais peut être un peu plus gros que normal.

Le premier soin est de chercher l'appendice, qui apparaît gros et long mais normal, et plaqué à la face inférieure du cœcum par un méso très graisseux. Il faut donc chercher ailleurs ; l'appendice est repéré et l'on cherche du côté du colon ascendant en écartant la partie supérieure de l'incision.

C'est alors qu'au premier coup d'œil apparaît, à 12 centimètres du fond cœcal, une saillie très tendue, blancheâtre, large d'environ 5 millimètres. De chaque côté le colon se présente très bosselé et diminué de volume par rapport au cœcum. Le premier mouvement est de charger sur une pince cette arête fibreuse pour la réséquer, mais on s'aperçoit que la pince insinuée entre le colon et cette bride se déplace en haut et en bas, la décollant facilement de la bandelette cœcale antérieure qu'elle recouvre et à laquelle elle est facilement unie. Ce décollement nous mène en bas jusqu'à la base de l'appendice. En haut, en suivant la face antérieure du colon, le décollement est poussé le plus loin possible, sans qu'on puisse dire où mène la bride ; il aurait fallu des débridements de la paroi beaucoup plus considérables. Le doigt, poussé très loin, la sentait remonter vers le lobe droit du foie. Comme après la résection d'environ 15 centimètres de cette bride, le colon s'est étiré, le traitement nous a paru suffisant. Appendicetomie. Fermeture en 3 plans. Suites opératoires bonnes.

20 février. — Résultat parfait. Les digestions n'ont plus rien de pénible, enfin le malade a des selles molles spontanées.

OBSERVATION XV (D^r GUILLET. *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 5 avril 1905). — Occlusion intestinale chronique produite par l'appendice.

M^{me} X..., 32 ans. — Depuis un an environ, éprouve des douleurs très vives dans l'abdomen, les douleurs surviennent sous forme de crises, qui présentent les caractères suivants : Début brusque, sans raison appréciable, aussi bien la nuit que le jour, avant qu'après les repas. Ce sont des coliques extrêmement violentes, accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux, le ventre se ballonne et les gaz ne peuvent être rendus par l'anus. La crise dure deux ou trois heures et cesse brusquement par l'émission répétée de gaz abondants. Dans leur intervalle, la malade ne souffre plus et peut travailler.

D'abord éloignées et séparées par un intervalle de plusieurs semaines, ces crises ont tendance à se rapprocher, et depuis quelques mois, reviennent plusieurs fois par semaine et deviennent de plus en plus violentes. Il en est résulté un état de grand affaiblissement et la malade qui a maigri de façon notable, s'alimente difficilement.

Rien dans les antécédents ne permet de rattacher ces crises à une cause déterminée. Cette dame a consulté plusieurs médecins, qui ont porté des diagnostics différents et n'ont pu lui donner aucun soulagement.

Examen en août 1903. — Examen de l'abdomen à peu près négatif. Toutefois, légère tension du ventre au niveau du flanc droit et de la fosse iliaque droite. Sensibilité diffuse de cette région, sans localisation au point de Mac Burney.

Opération. — Incision sur le bord externe du grand droit à droite.

La cause de l'occlusion est reconnue. C'est l'appendice qui présente les dispositions suivantes :

Très allongé, il est situé en arrière et en dedans du cœcum, fixé lui même dans la fosse iliaque par des adhérences. Il vient en remontant en dedans du cœcum, se fixer par son extrémité effilée sur l'angle droit du colon, à ce niveau. Sur le gros intestin, anneau fibreux qui fait suite à l'extrémité de l'appendice.

Cette disposition explique facilement le mécanisme de l'occlusion. Les gaz arrivant dans le cœcum le distendent. Cette distension tire l'insertion de l'appendice sur l'angle du côlon et amène une coudure du gros intestin, d'autant plus marquée que la distension du cœcum est elle même, plus accusée.

La malade a parfaitement guéri à la suite de la résection de l'appendice.

OBSERVATION XVI (Observation de CÆNEN, rapportée par M. LEJARS, dans son article : Diverticule de Meckel et rétrécissement de l'Intestin. *Sem. Médicale*, 1910, p. 49). — **Un diverticule de Meckel avec rétrécissement et occlusion.**

Homme, 37 ans. — Entré à l'hôpital le 24 août 1908, pour crises douloureuses abdominales.

En 1899 : Crise douloureuse abdominale, mal définie, avec vomissements et diarrhée (durée 10 semaines).

Depuis, coliques fréquentes.

Dans les six dernières semaines avant son hospitalisation, crises plus intenses et plus fréquentes.

Au cours des crises, on voit se dessiner, dans la région sus-ombilicale, une voussure en boudin, qui se prolonge

en bas et à droite et finalement disparaît. Amaigrissement progressif. Pâleur.

Palpation de l'abdomen uniformément douloureux. Aucun signe de localisation.

Pendant les 8 jours qui ont précédé l'intervention, accès avec voussure, répétés plusieurs fois par jour.

Le diagnostic porté est : Sténose intestinale.

Opération. — Quelques adhérences intestinales. Près de la valvule iléo cœcale, une anse fortement épaissie. Cette anse était le siège d'une stricture circulaire, et juste au dessus du rétrécissement, un diverticule s'en détachait et adhérait au mésentère.

Résection du segment intestinal correspondant et enterorrhaphie latérale. Guérison.

Examen de la pièce. — L'anse réséquée a 16 cent. de long. Elle présente en son milieu, un retrécissement annulaire immédiatement à la limite supérieure de la stricture, un diverticule de Meckel émerge de la face externe de l'intestin. Il a 7 centimètres de long, 2 cent. 1/2 de large, il est cylindrique, avec une extrémité conique ; il se dirige de bas en haut, parallèlement au grand axe de l'anse à laquelle il adhère. La muqueuse en est ulcérée. L'examen de l'intestin ne montre que du tissu fibreux.

OBSERVATION XVII (Dr A. MATHIEU ; rapportée dans une clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine, recueillie par M. GIRAULT, interne des hôpitaux, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 22 mai 1913, n° 57, p. 918). — **Sténose lente et progressive de la partie terminale de l'iléon.**

X..., 28 ans. — Entre à l'hôpital pour crises abdominales douloureuses.

Un peu plus de deux ans avant son entrée à l'hôpital, reçut un coup de pied de cheval dans l'abdomen (il était alors palefrenier). Il perdit connaissance car la douleur ressentie alors fut atroce.

Quelques jours après, il reprend son service.

Six mois après, toutes les semaines environ, il ressentait une douleur violente, à crier, occupant tout le ventre et se terminant par un vomissement ; pendant la crise, l'émission des gaz intestinaux était suspendue. Cet état dura environ 3 mois, puis les phénomènes s'atténuèrent, et, pendant 18 mois, il ne ressentit plus rien d'anormal.

En janvier 1911, une crise revint, durée 5 jours.

En juin 1911, autre crise. Durée 8 jours.

En octobre 1911 : Nouvelle crise avec vomissement hémorragique.

Le 15 octobre 1911 : Crise violente, suivie d'un vomissement à caractère fécaloïde.

A ce moment, le malade entra dans le service de M. le professeur LEJARS, qui nous le fit examiner.

Examen du malade : Ventre souple. Clapotage marqué. On provoque le phénomène de la fausse ascite. Et pourtant, ce malade n'a pas d'ascite ; nous avons pu de suite l'affirmer en raison du bruit de succession et de clapotage intestinal.

Au bout de quelques jours, la crise se calme et le malade sort de l'hôpital, n'ayant plus aucune douleur.

Quelques jours après, nouvelle crise, qui se termine par une débâcle diarrhéique.

Il revient dans notre service le 4 décembre avec une crise durant depuis la veille : Coliques, vomissements alimentaires ; il a une selle sous l'influence d'un lavement.

Nous trouvons encore le signe de la fausse ascite et du clapotage intestinal, et, pendant quelques minutes,

nous constatons des contractions péristaltiques en étages, au dessous de l'ombilic. Le lendemain, la crise est terminée.

L'examen radioscopique ne nous donne pas de renseignements nets. Un lavement au bismuth s'arrête à l'angle droit du côlon, mais ceci ne nous suffit pas pour porter le diagnostic d'occlusion du côlon.

Le malade sort de nouveau de l'hôpital. Il y revient quelques jours après, à la suite d'une nouvelle crise, et, cette fois, l'opération conseillée est acceptée : elle est heureusement pratiquée dans l'intervalle de deux crises.

Opération : 9 décembre 1911 (M. le P^r LEJARS). Laparatomie latérale droite. Intestin très dilaté, blanchâtre au dessus de la valvule iléo cœcale. La dilatation du grêle s'arrête à 20 centimètres de la valvule, au niveau d'un rétrécissement annulaire, au niveau duquel se montrent des plaques inflammatoires blanchâtres Entéro-anostomose.

Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XVIII (D^r A. MATHIEU ; rapportée dans une clinique faite à l'hôpital Saint-Antoine, recueillie par M. GIRAULT, interne des hôpitaux, et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 22 mai 1913, N^o 57, p. 919). — Sténose lente et progressive du côton ascendant, prise pour une sténose lente de l'iléon.

Homme, 27 ans, instituteur. — Antécédents personnels : Bronchite avec hémoptysies et périodes fébriles pour lesquelles il fut soigné pendant près d'un an avant son service militaire.

Maladie actuelle. — Début en mai 1912, par des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, avec réaction colique, sous forme d'état nauséeux.

Fin septembre 1912 : Constipation de 20 jours après une crise où il constata des ondulations péristaltiques visibles, suivies de bruits musicaux. Il restreint son alimentation et maigrit. Il évacue quelques billes, après un lavement d'huile.

28 novembre 1912. — Nouvelle crise. Le ventre est ballonné, les anses intestinales sont dilatées, superposées en étages et douloureuses. Bruit de flot très net à la succussion. En pleine crise, on trouve dans la fosse iliaque droite, deux anses superposées, plus dilatées et plus fixes que les autres. Je n'ai pu résoudre le problème de savoir si l'inférieure était le cœcum dilaté, ou s'il s'agissait de deux anses grêles distendues. J'ai essayé de trancher la question par l'examen radioscopique. On vit le cœcum se remplir par un lavement bismuthé. On pouvait conclure que le rétrécissement siégeait sur la partie terminale de l'iléon. Il n'en était rien.

Laparotomie (P^r LEJARS). — On trouve les anses grêles et le cœcum dilaté. La sténose siège au coude droit du côlon, sous la forme d'un petit anneau blanchâtre, scléreux.

Anus cœcal.

OBSERVATION XIX (D^r MAUCLAIRE. *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 18 février 1920). — **Mésentérite sclérosante et rétractile.**

Homme, 35 ans. — Antécédents : Depuis l'enfance, coliques et constipation.

En 1917. — Une crise d'obstruction intestinale.

En 1919. — Une deuxième crise d'obstruction (plus sérieuse avec vomissements fécaloïdes).

Examiné en janvier 1920. — On sent nettement à la palpation, un peu en dedans de l'hypochondre gauche, une masse grosse comme le poing et douloureuse à la palpation. L'examen radioscopique, montra que le calibre du gros intestin était très rétréci au niveau du côlon descendant et que l'angle colique gauche était plutôt distendu.

Etat général mauvais. Malade amaigri.

Diagnostic. — Tuberculose intestinale du côlon descendant, avec épiploïte.

Laparatomie : 8 janvier 1920. On tombe sur un paquet d'anses grêles réunies par des adhérences. Une anse est énormément distendue comme un gros cœcum et étranglée dans une poche en nid de pigeon formée par une grosse bride péritonéale très épaisse, très résistante, partant du mésentère et allant se perdre vers le bord interne de l'angle colique gauche.

Le mésentère à ce niveau est épaissi, rétracté vers le rachis sur une longueur de 20 à 25 centimètres, de telle sorte qu'à ce niveau, il n'a qu'une hauteur de 4 à 5 centimètres.

Au niveau de la grosse bride péritonéale, vers sa terminaison sur le côlon, les segments du côlon transverse et du côlon ascendant sont réunis en canon de fusil, par rétractions mésocoliques.

Section et résection de la grosse bride péritonéale. Libération des anses grêles. Elles sont absolument saines, ainsi que le gros intestin, qui était simplement comprimé.

Fermeture de la paroi après péritonisation partielle des points réséqués.

Guérison.

OBSERVATION XX (D^r J. FERRON, de Laval. *Soc. de Chir.*, séance du 23 Juin 1920). — **Mésentéríte avec atrophie de la partie correspondante du grêle.**

Ferdinand P..., âgé de 54 ans. — Vient consulter en février pour troubles gastriques.

Malade depuis 3 mois. — Souffre de l'estomac. Appétit conservé mais alimentation restreinte, car le malade se sent très ballonné après les repas, le soir surtout quand il se couche.

Depuis un mois, se met tous les deux jours environ les doigts dans la bouche pour se faire vomir, ce qui le soulage. Il n'a jamais eu de vomissements spontanés.

Constipation alternant avec diarrhée.

Quand il souffre, il éprouve un certain soulagement en se couchant sur le côté, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Amaigrissement.

Pas de tumeur. Pas de péristaltisme, toucher rectal négatif. Point douloureux à droite, au niveau du muscle droit, un peu au dessous d'une ligne transversale passant par l'ombilic.

Pas de diagnostic. (L'examen radioscopique a été fait mais le résultat (D^r LOISELEUR) n'en a été connu qu'après l'opération : obstacle sur le grêle, région pyloro-duodénale. Rien au cœcum.

Opération : 20 février 1920. Incision verticale basse sous-ombilicale. Estomac petit. Pylore souple. Rien d'anormal au duodenum. On tombe au-dessous du méso-côlon transverse, sur la ligne médiane, sur une anse intestinale dilatée énorme, à laquelle fait suite une anse grêle atrophiée et de calibre très réduit. L'opérateur pense se trouver en présence de l'angle duodéno-péjunal

(4^e portion dilatée). Celui-ci extériorisé (difficilement) on constate que c'est, en réalité, l'angle iléo-cœcal : l'intestin grêle, sur près de 2 mètres, présentait, ainsi que son mésentère, un aspect caractéristique : mésentère blanchâtre, épaissi à la surface duquel se voient des lignes cicatricielles irrégulières, d'un blanc plus intense, intestin dont le diamètre va en diminuant progressivement jusqu'au voisinage du cœcum, parois blanches, manquant de souplesse, mais aucun point particulièrement induré. Ni vaisseaux, ni ganglions au niveau du mésentère malade.

Iléo sigmoïdostomie.

Suites opératoires normales et apyrétiques.

Guérison parfaite et durable (malade revue 15 jours avant la communication).

OBSERVATION XXI (D^r TERRIER. *Soc. de Chir. de Paris*, séance du 16 avril 1902). — **Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse ; colo-colostomie.**

M^{me} M..., 56 ans, entre à la Pitié le 4 novembre 1901.

Antécédents personnels. — Deux grossesses normales.

Il y a 15 ans, affection de l'estomac qu'on peut considérer comme un ulcère simple (Durée 6 mois).

Histoire de la maladie. — Depuis un an environ, crises intestinales très douloureuses, survenant brusquement, non précédées de constipation, avec météorisme, les crises durent 48 heures, puis disparaissent.

Peu à peu, localisation des paroxysmes dans le flanc gauche. Constipation opiniâtre. Matières non déformées, mais contenant du sang et des lambeaux pseudo-membraneux, pas de glaires.

Dans le flanc gauche, on perçoit, au niveau du côlon descendant, au dessus de l'anse sigmoïde, un empâtement non douloureux, peu mobile. Il y a dilatation du côlon transverse, d'ailleurs peu douloureux, et sans clapotement liquide.

Rien à signaler dans le reste de l'abdomen ni dans le petit bassin.

Etat général assez bon. Pas d'amaigrissement. Appétit conservé. Toutefois, la malade réduit son alimentation pour diminuer l'intensité des troubles intestinaux dont elle se plaint.

Température : 36° 8, 37° 2.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Diagnostic. — Obstacle à l'angle gauche. Peut-être y a-t-il un début de néoplasme.

Opération. — 11 novembre 1901. — Laparotomie médiane sous ombilicale. Quelques anses grêles sont unies entre elles par de petites adhérences faciles à rompre. Rien au cœcum ni à l'anse sigmoïde. Seulement une diminution notable du calibre. Cette sorte d'atrésie se propage en haut jusqu'à l'angle gauche qui forme un angle aigu dont le sommet pénètre profondément dans l'hypochondre, sous le diaphragme. La partie moyenne du côlon transverse, un peu abaissée, est dilatée par les gaz et cette dilatation cesse un peu avant l'angle gauche du côlon.

Il n'y a aucune tuméfaction suspecte de la paroi intestinale et seule la courbure à angle très aigu, ouvert en bas et en dedans, suffit à expliquer les signes de sténose.

Entéro-anastomose entre le transverse et le descendant.

Suites opératoires simples : Selles provoquées le septième jour. Sortie le 3 décembre 1901.

En mars 1902 les nouvelles sont excellentes.

OBSERVATION XXII (Dr LERICHE, in thèse SOREL, p. 219). —

Sténose incomplète du gros intestin. Laparotomie. Péricolite cicatricielle du cœcum et des côtons ascendant et descendant.

X..., 43 ans, a été soigné depuis un an à différentes reprises par M. le Docteur Levie, de Lyon, pour troubles digestifs et douleurs dans la fosse iliaque droite. Un régime sévère l'a amélioré rapidement, puis, il a récidivé.

Ce qui domine chez lui, c'est une douleur très vive dans la fosse iliaque droite quand il va à la selle.

Toucher rectal négatif.

Les rayons X ont montré une stase prolongée du Bismuth dans le cœcum qui se vide très mal.

Le malade est envoyé dans le service de M. LERICHE avec le diagnostic de sténose du côlon descendant, vraisemblablement d'origine néoplasique. En effet, l'amaigrissement, depuis 6 mois, a été de dix kilogrammes.

Opération : 28 mai 1912 (LERICHE). — Laparotomie médiane sous ombilicale. Le côlon transverse est sain. Le côlon descendant est couvert de brides nacrées blanchâtres, d'aspect cicatriciel, s'étendant depuis l'angle jusqu'au côlon sigmoïde, surtout prononcées sur la face externe. Tout l'intestin est petit, ratatiné, très friable, se déchirant sous le doigt, ayant le volume de l'index au maximum.

A la partie inférieure, une grande bride faisant corde, va de la paroi abdominale antérieure à l'intestin. Elle est coupée. A droite, il y a également de la péricolite et de l'inflammation péricœcale. L'appendice très long adhère par sa pointe au pelvis. L'anse sigmoïde qui est courte, n'a rien.

Implantation ilio sigmoïdienne au bouton. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXII *bis* (Obs. DE QUERVAIN, résumée dans le *Journal Of. Chir.*, sept. 1911, et citée dans la thèse de SORREL, p. 221).

Il y a 8 ans, de Q... a opéré une femme présentant une constipation opiniâtre, qui était devenue si rapidement progressive au cours de ces 6 derniers mois, que l'on avait conclu à un rétrécissement néoplasique de l'intestin. A la laparotomie, on trouva l'arc du côlon en forme d'U extrêmement allongé et descendant presque jusque dans l'excavation pelvienne.

OBSERVATION XXIII (D^r LEJARS, *Sem. Médicale*, 24 mai 1911).

Une femme d'une quarantaine d'années était apportée dans mon service l'hiver dernier en pleine occlusion. On apprit seulement qu'elle était depuis longtemps constipée, qu'elle avait toujours eu un gros ventre et souffrait assez souvent de la région sous costale droite. Effectivement, le palper provoquait une douleur assez localisée en ce point. On fit une incision sur le bord du droit et on alla explorer cette région sans trouver autre chose que des brides fibreuses. L'examen dût être écourtée et l'on pratiqua une cœcostomie. Les accidents tombèrent. La malade se remonta. Bientôt, les évacuations fécales reprirent la voie rectale. Au bout de trois mois, je fermais l'orifice entérostomique et la guérison était complète.

Toute espèce de néoplasme est à rejeter en présence de la santé florissante et des résultats négatifs de l'exploration qui, le ventre affaissé, est redevenue facile. Il semble qu'il y ait tout lieu de croire à un barrage par coadure et adhérences au niveau de l'angle hépatique du côlon.

OBSERVATION XXIV (D^r LEJARS, in thèse SORREL, p. 225).

R..., 37 ans, modiste. — Typhoïde à l'âge de 7 ans. Toujours constipée depuis l'enfance ; elle allait à la selle cependant à peu près tous les jours : matières toujours très dures. Depuis une huitaine d'années, elle se traite de façon continue.

Il y a trois ans et demi grossesse normale.

En septembre 1910, petits phénomènes d'obstructions, gargouillements, gaz et des purgations fréquentes devinrent nécessaires.

En février 1910, occlusion plus franche. Cœcostomie. Guérison complète.

Ultérieurement, iléo-sigmoïdostomie avec abouchement au dessous d'une masse purement inflammatoire découverte à la rectoscopie.

Guérison.

OBSERVATION XXV (D^r LEJARS, in *Semaine Médicale*, 12 déc. 1906). — **Occlusion par tumeur inflammatoire pseudo néo-plastique.**

Dame X..., soixante ans. Souffre depuis 4 mois d'accidents abdominaux.

Elle était soignée depuis 4 ou 5 ans, pour des troubles gastriques assez vagues, se caractérisant surtout par des douleurs à l'épigastre et dans la région ombilicale et quelques vomissements alimentaires. Il n'y avait jamais eu d'hématémèse, les douleurs n'avaient point de localisation précise et survenaient de façon toute irrégulière ; le palper n'avait jamais rien révélé et l'estomac n'était pas dilaté.

Quatre mois auparavant, elle avait été prise, assez brusquement, de violentes coliques et de douleurs étendues à tout l'abdomen, sans point précis ; du météorisme s'était produit, et la constipation, qui était ordinaire chez elle, s'était transformée en un véritable arrêt stercoral ; durant quelques jours, l'émission des gaz et des matières fut suspendue ; elle avait des vomissements fréquents, sans caractère d'ailleurs et peu abondants, il n'y eut aucune élévation thermique ; une fois seulement le thermomètre monta à 38°. Finalement, cette situation inquiétante s'améliora, des selles furent obtenues, mais les douleurs persistèrent pendant 10 jours.

Depuis, la malade resta très affaiblie, s'alimentant mal, constipée, maigrissant beaucoup ; dans la dernière semaine, une nouvelle crise d'obstruction passagère, s'accusant par de l'arrêt stercoral, des coliques très douloureuses, du ballonnement du ventre, des nausées, s'était produite.

Nous trouvâmes une femme très amaigrie, les traits tirés, le teint jaune ; au palper abdominal, on sentait, dans la fosse iliaque droite, une masse épaisse, assez mal délimitée en dedans, mais qui semblait remonter assez haut, le long du colon ascendant, et dans laquelle une pression plus profonde faisait reconnaître des noyaux disséminés ; toute la tumeur était d'une dureté ligneuse, fixe, adhérente, non douloureuse ; on ne provoquait même en insistant, aucune sensibilité au point de Mac Burney.

Le toucher vaginal ne révélait qu'un certain abaissement de l'utérus, sans qu'on trouvât rien de notable dans les culs de sac. En présence de ces constatations, des deux crises d'obstruction, de l'amaigrissement considérable, et bien qu'aucune selle sanglante n'eût été signalée, nous crûmes devoir éliminer l'hypothèse d'accidents inflammatoires chroniques et conclure : un néo-

plasma cœcal adhérent et probablement inopérable. Une intervention fut décidée, qui devrait se borner sans doute, à l'établissement d'une entéro-anostomose. Elle eut lieu quinze jours plus tard, et, à mon dernier examen, je fus frappé, de nouveau, par la dureté de la tumeur iliaque, par sa fixité, par le mauvais aspect de la malade, et je conservai mon diagnostic de cancer. Si bien que je pratiquai une laparatomie médiane, mieux appropriée à l'exécution de l'anastomose intestinale, que je me proposais de faire. Or, une fois le ventre ouvert, je trouvai un cœcum de paroi normale, mais enveloppé d'adhérences ; une longue anse grêle était accolée et soudée, par ces adhérences, à la paroi cœcale antérieure ; je la détachai et la libérai tout d'abord, et ceci fait, je reconnus que toute la masse indurée était extra cœcale et qu'elle avait tous les caractères d'un vieux foyer inflammatoire, pérityphlitique. Une incision, menée dans la fosse iliaque, permit de la mieux aborder ; je pénétrai alors dans une épaisse gangue fibreuse, je décollai et soulevai le cœcum et, au dessous, je découvris, sans beaucoup de peine, un gros appendice, très malade, qui fut réséqué ; il n'y avait de pus nulle part. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XXVI (Inédite ; due à l'obligeance de M. BECLÈRE, interne des Hôpitaux). — **Occlusion lente et progressive par volumineux kyste de l'ovaire gauche à évolution abdominale.**

M^{me} D..., 36 ans. — Entrée le 5 avril 1921, dans le service SIREDEY à Saint-Antoine, pour gros ventre douloureux.

Dans ses antécédents personnels, il faut noter une péritonite tuberculeuse à l'âge de 14 ans. Durée 21 mois. Réglée à 13 ans.

Aménorrhée pendant la durée de la péritonite. Rapports sexuels toujours très douloureux.

Histoire de la maladie. — Vers le commencement de 1919, la malade commence à ressentir entre ses règles, qui sont diminuées, des douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, avec irradiations dans la cuisse du même côté, douleurs profondes, lancinantes qui se prolongent environ 15 jours par mois.

Peu à peu, pendant le courant de la même année 1919, douleurs lombaires droites, puis gauche. En même temps s'y ajoutent de la polyurie, pollakiurie et des brûlures à la miction. Ces douleurs ne se manifestent qu'entre les règles. Rien de neuf jusqu'en mars 1921.

En mars 1921. — La douleur gagne la fosse iliaque gauche. La constipation apparaît et fait de rapides progrès. Le ventre grossit. La malade maigrit.

Examen de la malade à l'entrée. — Douleur abdominale généralisée, constante, vive. Pas de vomissement, mais état nauséux persistant. Pas de selle sans lavement. Ventre gros, assez tendu, douloureux et très sensible à la pression. Tuméfaction résistante étendue, dans la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'aux fausses côtes et gagnant la ligne médiane. A droite, petites masses de consistance variable, molle par endroits, dure en d'autres.

Toucher vaginal. — Les masses de la fosse iliaque droite sont indépendantes de l'utérus. La grosse masse abdominale gauche forme avec l'utérus un tout peu dissociable, peu mobile, très adhérent à la paroi infiltrée. Toucher rectal. La tumeur gauche comprime la partie inférieure de l'anse sigmoïde.

Amaigrissement prononcé. — Visage pâle, anémie, fatigue.

Langue humide. Température 38°. Pouls accéléré.

Du 15 avril au 27 avril. — Pas de selle spontanée. Les lavements ramènent peu de matières. Quelques gaz.

Depuis le 22 avril, 2 ou 3 fois par jour, vomissements bilieux. On administre quotidiennement 2 à 5 cuillerées à café d'huile de ricin.

Les 2 et 4 mai, selles spontanées. Mais les vomissements persistent. La tumeur abdominale augmente. On ne sait quel diagnostic porter ; les antécédents personnels et héréditaires de la malade orientent toutefois le diagnostic vers la bacillose, d'autant plus que l'examen des urines y a révélé la présence du bacille de Koch.

Du 4 au 16 mai. — Aucun changement. La malade souffre un peu moins. Une selle tous les deux jours. Les vomissements continuent. L'état général décline à partir du 25 mai. La situation s'aggrave rapidement. Les yeux s'excavent, le faciès est émacié, la langue sèche, somnolence continuelle. Vomissements plus fréquents, toujours bilieux. Une selle toutes les 36 heures. Les gaz sont plus rares. Pouls petit. Hypothermie.

La malade traîne ainsi jusqu'au 14 juin. Dans les derniers jours, il y a arrêt absolu des matières et des gaz. Décès le 14 juin dans le coma.

Autopsie. — Volumineux Kyste de l'ovaire gauche à évolution pelvienne, remplissant tout le bassin, comprimant contre le sacrum, la partie inférieure de l'anse sigmoïde et le rectum ; à évolution abdominale = l'anse sigmoïde est étroitement accolée au Kyste qu'elle enserre en spirale et auquel elle est intimement adhérente.

OBSERVATION XXVII (Inédite). — **Péritonite chronique adhésive et occlusion lente.**

M. G..., 33 ans. — Entre le 29 avril 1921, salle Broca, service LEJARS, à Saint-Antoine, pour douleurs abdominales.

Rien à signaler dans ses antécédents jusqu'à l'an dernier.

Il a été opéré le 2 août 1920, dans le service, pour une ascite, s'accompagnant de troubles digestifs vagues (inappétence, pesanteur après les repas, renvois gazeux).

Le protocole opératoire mentionne : Laparatomie sus-pubienne. 2 à 3 litres de liquide clair. Pas de granulations. Intestin volumineux, recouvert d'une fausse membrane grisâtre. Enkystement pelvien incomplet.

Les troubles actuels ont débuté, vers le mois de septembre. A cette époque, le malade a commencé à avoir des vomissements après avoir mangé (2 à 3 heures après). D'abord espacés, ces vomissements plus fréquents ensuite, sont actuellement quotidiens ; ils surviennent le soir ou au milieu de la nuit. Le repas de midi ne semble pas les influencer. Avant de vomir, le malade éprouve une assez violente douleur lombaire qui s'accroît, et est soulagée par le vomissement. Ce dernier, est constitué par environ un litre d'un liquide, toujours le même, jaune et amer. En même temps que les vomissements, est apparue une constipation qui nécessite l'emploi, de plus en plus fréquent, de laxatifs et de lavements.

L'état général est bon. Il y a un peu d'amaigrissement.

L'examen de l'abdomen fait percevoir une tumeur de la région ombilicale, un peu déviée à gauche et remontant en haut jusqu'au niveau du rebord costal. Elle est assez volumineuse (2 poings), de surface régulière, lisse et arrondie comme un Kyste de l'ovaire, dont elle a la tension et l'élasticité. Elle est mobile, surtout transversalement. Enfin, on détermine facilement du clapotage à son niveau. Les vomissements ne la modifient pas. Son volume est constant. Elle n'est pas douloureuse à l'exploration.

Le 3 décembre 1921. — Sous anesthésie générale, incision para médiane gauche. Péritoine transformé en une

membrane blanche, épaisse, adhérente. Libération d'une sorte de poche qui semble liquide et dont la paroi s'effrite et montre de l'intestin inclus sous cette nappe d'adhérences. Libération poursuivie plus loin et donnant le même résultat. Réunion (P^r LEJARS).

Suites opératoires. — Le malade ne vomit plus. La tumeur s'est considérablement affaissée sans avoir toutefois, disparu.

OBSERVATION XXVIII (D^r PÉTEL, de Calais. *Soc. de Chir.*, séance du 25 févr. 1914). — **Occlusion intestinale dans hématoçèle rétro-utérine.**

Madame X..., 32 ans, est prise d'irrégularités menstruelles en août 1911. Après un retard de quelques jours les règles ne durent qu'une journée, puis se répètent depuis, à divers intervalles. Le 3 février 1912, survient une douleur abdominale brusque, syncopale, accompagnée d'une légère métrorragie ; on pense à une rupture de grossesse tubaire, mais les accidents généraux s'amendent en quelques jours.

La malade est vue le 13 février. — Elle est pâle ; le pouls est à 90, bien frappé ; l'abdomen est légèrement ballonné, très sensible dans la fosse iliaque droite et à l'hypogastre. On sent, dans la fosse iliaque, une masse large comme la pomme de la main, et à l'hypogastre, une tumeur résistante, submate, immobile, remontant à quatre travers de doigt au dessus du pubis. Au toucher, le col est refoulé derrière le pubis, non entr'ouvert, le cul de sac droit empâté ; la douleur empêche d'explorer le cul de sac postérieur. Pourtant, le diagnostic d'hématoçèle nous paraît des plus probables ; l'intervention est proposée et refusée.

Les jours suivants, la constipation devient de plus en plus accusée. C'est à peine si la malade expulse quelques gaz et quelques matières dures, du volume de noyaux de cerise, le ballonnement augmente, le ventre devient sensible sur toute son étendue. Le toucher rectal montre le rectum comprimé par une grosse masse résistante. Toute intervention est, de nouveau, refusée et l'on doit se borner à placer une sonde rectale à demeure.

Le 13 février, l'état s'est aggravé, l'arrêt stercoral est complet, la malade demande à être opérée.

La laparatomie est pratiquée le même jour. Le ventre ouvert, du sang s'écoule en abondance, et je tombe d'abord sur un kyste inclus dans le ligament large gauche, qu'il faut ponctionner et extraire, pour avoir accès dans le petit bassin. Cela saigne de façon inquiétante dans la profondeur, et nous apercevons les annexes droites collées au fond du pelvis. La trompe est rompue à sa partie moyenne et l'hémorragie se fait en jet à ce niveau. Rapidement on décolle et amène les annexes, et l'on évacue avec un amas de caillots, un fœtus de 5 centimètres.

On constate alors qu'une anse grêle descend dans le petit bassin au devant du rectum et adhère au feuillet postérieur du ligament large gauche, fixée par son sommet, elle est coudée à angle si aigu, que les deux bouts afférents et éfférents sont parallèles. L'adhérence au ligament large est des plus intimes ; pour libérer l'anse, il faut dénuder la musculature intestinale sur une largeur de 1 centimètre. L'intestin est péritonisé, et la toilette faite, on réunit, en laissant un petit drain.

Le lendemain, des gaz étaient rendus ; la guérison s'acheva sans autre incident qu'un hoquet persistant, qui dura 3 jours, et cessa brusquement par l'application d'une vessie de glace épigastrique. Depuis, toute constipation a disparu.

OBSERVATION XXIV (Inédite). — **Phénomènes d'occlusion lente, de cause inconnue.**

Madame D..., 52 ans. — Entre à l'hôpital Saint-Antoine le 9 mars 1921 pour phénomènes d'occlusion intestinale.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — 2 grossesses normales.

Pas de fausse couche.

Souffre, depuis une vingtaine d'années, d'une constipation qui n'a fait que s'accroître, surtout dans ces dernières années.

A toujours eu, depuis qu'elle est constipée, des crises douloureuses de l'estomac, des crampes, survenant sans raison, avec appétit capricieux, digestions irrégulières. Jamais de vomissement.

Histoire de la maladie. — Le vendredi qui a précédé son entrée (qui se trouve un mercredi), elle a eu une crise gastrique un peu plus violente. Les crampes d'estomac se sont compliquées cette fois-ci de petits tortillements dans le ventre, avec une sensation d'inquiétude, dit la malade.

Le lendemain (samedi), ces douleurs abdominales, qui avaient empêché la malade de dormir, s'exagèrent ; ce sont de véritables coliques, généralisées, en même temps que la douleur à l'estomac continue à se manifester, tellement intense que la malade se fait vomir, pour essayer de la calmer. Cette manœuvre est sans résultat.

Croyant ces accidents dûs à la constipation (elle n'a pas eu de selle depuis une huitaine de jours) elle prend, le même samedi, une purgation (huile de ricin), mais elle la vomit en majeure partie.

Le lendemain (dimanche) et les jours suivants, jusqu'au moment de son admission, des lavements quotidiens ne ramènent aucune matière. Quelques vomissements apparaissent, alimentaires et bilieux.

La malade continue à souffrir pareillement.

Examen de la malade à l'entrée : S. fonctionnels. — Arrêt des matières : Absolu depuis une quinzaine de jours. Quelques gaz fusent quotidiennement. La malade, pour les évacuer, se couche sur le côté gauche. Douleurs constantes, généralisées. Par moments, paroxysmes. Sans localisation. La malade compare ce qu'elle éprouve à des lézards qui se promèneraient dans son ventre et le lui rongeraient. S. physiques. — Abdomen normal. Pas de distension. Aucune anse visible. Souplisse normale. On sent vaguement, le jour de l'entrée une petite masse arrondie (noix), peu mobile dans l'hypochondre droit et une autre, de même volume, à gauche, un peu au-dessus de l'ombilic. Le lendemain, on ne retrouve plus rien. Sonorité normale. Pas de matité déclive. Touchers rectal et vaginal : Négatifs. S. généraux : Faciès bon. Exprime seulement un peu de lassitude. Langue humide. Température et Pouls normaux.

Le lendemain de son entrée, une grande entéroclyse est administrée ; elle ne ramène que peu de matières, mais provoque une violente et abondante débâcle gazeuse.

Les jours suivants, rien de changé dans cet ensemble.

Des gaz fusent chaque jour, mais il n'y a pas de selles. L'état général reste excellent.

On ne sait quel diagnostic porter.

Opération : 21 mars. Laparotomie para-médiane droite sus et sous-ombilicale. On trouve un gros lobe hépatique descendant. L'épiploon adhère au coude droit. Libération.

L'examen du gros intestin et du grêle ne fait rien découvrir. Tout le gros intestin est bourré de masses stercorales molles, irrégulièrement disséminées. R.

Suites opératoires. Le jour de l'opération des gaz sont émis spontanément, en plus grande abondance. Toujours pas de garde robe.

Le lendemain 22, le faciès commence à s'altérer. Le pouls a tendance à flancher. Gaz. (Huile camphrée. Hypophyse.)

Le 23 : Lavement électrique. Des matières sont rendues en abondance considérable, ainsi que des gaz. On pense que la partie est gagnée.

Mais, malgré cette débâcle, avec une rapidité déconcertante, l'état général flanche et le 24 mars, la malade meurt dans le collapsus sans aucun symptôme surajouté.

Autopsie. — Intestin grêle un peu dilaté par les gaz.

Gros intestin. — Contient des gaz, mais pas de matières.

On ne trouve aucune lésion sténosante ni sur le grêle, ni sur le gros intestin. Pas de ptose. Il n'y a rien à l'estomac, rien aux reins, rien au foie, rien dans le petit bassin, qui puisse expliquer les accidents.

Bibliographie

(depuis 1900)

- ADAMS. — *Intestinal Obstruction*. (*Practitioner*, Sept. 1913. N° 543, p. 344).
- ANSCHUTZ. — *Occlusion du gros intestin*. (*Arch. f. Klin. chir.* 1902, p. 195).
- ARDOUIN. — *Occlusion intestinale par diverticule de Meckel*. (*Arch. prov. de chir.* T. XX, N° 7 Juillet 1911).
- ALGLAVE. — *Contribution à l'étude des accidents provoqués par l'abaissement du rein droit au 3^e degré* (*Annal. des mal. génito-urin.*, 1^{er} Janvier 1907).
- AUBOURG. — *Sténose du transverse droit par distension d'une vessie adhérente*. (*Bull. et mém. de la Soc. de Radiol. méd. de Paris*, 1919).
- BACALOGLU. — *Cancer prim. de l'iléon*. (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1900, p. 143).
- BACULESCU (de Craiova). — *2 cas d'occlusion intest. chronique par rétrécissement tuberculeux* (*Bull. et Mém., Soc. de Chir.* T. XLVII, N° 18, p. 744).
- BARATINSKY. — *Obs. intest. par étrangl. d'une anse par divert. de Meckel* (*Chirurgia, Moscou* 1909).
- BARBIER. — *Un cas d'obstruction intestinale chronique datant de 11 ans. Rétrécissement de la fin du colon pelvien* (*Prog. Méd.* 1919, p. 131).
- BARD (de Genève). — *Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin* (*Semaine Méd.* 1906, p. 245 et suiv.).

- BÉCLÈRE. — *Rapport au 25^e congrès français de Chirurgie sur l'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.*
- BENSAUDE. — *Radiog. des sténoses du gros intestin.* (Paris *Mrd.* 1917, p. 467). — *Recto et sigmoïdoscopie* (Masson 1919).
- BÉRARD. — *Tuberculose intestinale et invagination.* (*Sem. Méd.*, 27 avril 1904).
- BÉRARD et PATEL. — *Les occl. intest. par coudure de l'angle colique gauche.* (*Revue de Chir.* Mai 1903, p. 590 à 616). — *Tuberculose de l'intestin. Résultats éloignés de l'intervention.* (*Soc. de Chir. de Lyon*, 18 Avril 1907). — *Formes chirurg. de la tuberculose intestinale.* (Paris, Masson).
- BEURNIER. — *Communic. verbale sur occl. int. incomplète.* (*Soc. de Chir. de Paris*, 26 juin 1907).
- BESANÇON. — *L'occl. intest. dans hématocele.* (Thèse Nancy 1905-06).
- BIENVENUE. — *Diverticulites et occlusions diverticulaires* (Th. Paris 1912).
- BOUSQUET. — *De la tolérance des néoplasmes du gros intestin* (*Assoc. franç. de Chir.*, Paris 1904).
- BOVIS (R. de). — *Cancer du gros intestin* (*Revue de Chir.* 1900).
- BRINDEAU et MONCANY. — *Occlusion intestinale congénitale.* (*Bull. Société d'Obst. de Paris* 1905 p. 109).
- BUY. — *Le colon transverse* (Thèse Toulouse 1900-01).
- CASTAIGNE. — *Cancer de l'angle gauche du colon.* (*La Clinique*, 24 Mai 1912).
- CAVAILLON. — *Thérapeutique chirurg. du cancer du gros intestin (Rectum excepté).* Th. Lyon 1905).
- CAVAILLON et PERRIN. — *L'extériorisation des cancers du gros intestin* (*Revue de Chir.* Juin 1908).
- CHAUFFARD. — *Leçons sur la lithiase biliaire* (Masson 1914).
- DEBOVE, ACHARD, COSTAIGNE. — *Maladies du tube digestif* T. II.

- DECLoux. — *Retrécissement tubercul. de l'intestin grêle.* (*Presse Médicale*, 1900, p. 92).
- DÉLAGENIÈRE. — *Obst. p. diverticule de Meckel* (*Arch. méd. de prov. Angers* 1906).
- DELATOUR. — *Coudure angulaire de l'S. iliaque* (*Annales of surgery*, nov. 1905).
- DELBET. — *La Tumeur stercorale* (*Jal des Praticiens*, 7 mai 1910). *Communicat. à la Société de Chir. de Paris* (Séance du 25 mai 1921).
- DELORE et BERTRAND. — *Les sténoses tub. du grêle* (*Lyon Méd.* 17 sept. 1908).
- DELORE et JACOB. — *Retrécissement intrinsèque de l'intestin grêle consécutif à un étranglement herniaire.* (*Lyon Méd.* 6 nov. 1904).
- DELORE et ALAMARTINE. — *2 cas de sténose sus cœcale, avec péricolite membr.* (*Revue de Chirurgie* N° 5, 1912 p. 711).
- DEMOULIN. — *Rapports à la Soc. de Chirurgie de Paris.* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris* T. XXXIX N° 23, 24, 26).
- W. DENTZ. — *La cure radicale du cancer du gros intestin* (*Arch. f. Klin. Chir.* 1909, p. 667).
- DIET. — *Tuberculose de l'intestin. Résultats éloignés de l'intervention* (*Soc. de Chir. de Lyon*, 8 avril 1907).
- DU CASTEL et DOURNAY. — *Obst. intest. par bol fécal essentiellement composé de débris osseux conglomérés* (*Gazette des Hôp. Paris*, 1919, p. 425).
- F. DUVAL. — *Traitement du cancer du colon pelvien.* (*Th. Paris* 1902). *Rapports à Soc. de Chir. de Paris* (15 Mars 1921-1^{er} Juin 1921). *Rapport au 26^e Congrès Français de Chirurgie* (1913).
- DUCATTE. — *Des ptoses du gros intestin, et leurs complications chirurgicales* (*Th. Paris* 1900).
- DUROUX et MAUGINI. — *Volvulus du colon pelvien* (*Lyon Chir.* 1912, p. 41).
- FRARIER. — *L'occlusion int. au niveau de l'angle gauche du colon.* (*Th. Lyon* 1902-03).
- FORGUE. — *Volvulus de l'S. iliaque.* (*Presse Médicale* 1920, p. 21).

- FORGUE et RICHE. — *L'intervention chirurgicale dans l'occl. intest. par divert. de Meckel* (Archiv. prov. de chirurgie, 1907). *Le diverticule de Meckel. Son rôle dans la pathologie et la thérapeutique abdominale* (Paris 1907).
- GERNEZ. — *Trait. chir. de l'invagination chronique* (Th. Paris, 1907).
- GIRARD. — *Obst. intest. par diverticule de Meckel* (Soc. Méd. de Genève, janvier 1911).
- GIRET. — *L'occl. intestinale incomplète* (Th. Paris 1909).
- GLÉNARD. — *L'entéroptose* (in *Ptoses viscérales*, 1900).
- H. HARTMANN. — 6 cas de résection iléo cœcale (Congrès de Chir. Paris 1903). *Travaux de chirurgie anatomoclinique 3^e série* (Paris Seinheil 1907). *Adénome du grêle*. (Presse médicale 1913, p. 241). *Traitement de l'occlusion intestinale* (Assemblée générale de Chirurgie et thérap. Paris 1916). *Communic. et rapports à la Soc. de chir. de Paris*. (T. XXXIX N° 27. T. XL N° 5-7-8-9, des Bull. et Mém.).
- HALBAN. — *Cancer de la dernière portion du grêle* (Soc. d'obst. et de gyn. de Vienne, Janvier 1914).
- HAWTHORN. — *Sarcome primitif de l'intestin grêle* (Marseille Méd. 1902, p. 439).
- HOCHENEGG. — *Rapport au congrès allemand de chir. sur l'extériorisation et le traitement chirurgical des cancers du colon*, 1902).
- HAASLER. — *Sténoses intestinales* (Centrabl. f. Chir. 1903).
- JABOULAY. — 4 cas d'occlusion de l'intestin (Presse Médicale Paris 1901, p. 417).
- JABOULAY et CAVAILLON. — *Communicat. à Soc. Chir. de Lyon*. (Bull. T. XI. N° 1. Janvier 1908).
- JACOB. — *Occlusion intestinale subaiguë* (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1909 T. XXXV).
- JACQUET. — *L'occl. int. dans l'hématocèle* (Th. de Lyon 1900).
- JAUGEAS. — *Précis de Radio diagnostic* (Paris Masson, 1918).

- JORDAN. — *Radiographie dans la stase intestinale chronique* (*British med. Journal*, 1^{er} Juin 1912) (*The Lancet*, 30 décembre 1911).
- KAKELS. — *Adénome de l'iléon* (*Journ. of. Surg.*, t. XXV, N° 11, p. 363).
- KIRMISSON. — *Accidents dûs au diverticule de Meckel*. (*Bulletin Méd.* 1909 N° 39. (*Journal des Patri-ciens* 1909 N° 27). (*Revue Générale de Chirurgie et Thérapeutique* 1909, p. 619).
- KOCH. — *Rétrécissements inflammatoires du gros intestin*. (*Arch. de Langenbeck*, 1903, p. 876).
- KOCHER. — *Considérations chirurg. sur la tub. intestinale*. (*Corresp. Bl. f. Schweitzer Arzte*, Bâle, 1902, p. 534).
- KROVER. — *Contribution à l'étude des rétrécissements multiples de l'intestin* (*Gazeta Botkrina*, 1900, p. 378).
- KUSS. — *Rétrécissements péricoliques pelviens* (*Th. Paris* 1909).
- W. A. LANE. — *Coudures et stase intestinale chronique* (*Brit. méd. Jour.* 1911, p. 1913) (*The Lancet*, 1911, p. 1540).
- W. A. LANE et MOORE. — *Obstr. iléale au cours de la stase intest. chronique*. (*Th. Lancet*, 30 Avril 1900).
- LARDENNOIS (H.). — *Trait. chirurg. du cancer du gros intestin*. (*Th. Paris* 1899-1900).
- LARDENNOIS et OCKINCZYK. — *Pericolite membraneuse* (*Journal de Chirurgie*. T. X. p. 538).
- LECÈNE. — *Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin* (*Rev. de chir.* 10 Janvier 1910). *Tumeurs de l'intestin grêle* (*Th. Paris* 1904). *Adénome du grêle* (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1912, p. 63). (*Soc. de chir. de Paris*. Séance du 18 Décembre 1920).
- LE CLECH. — *Contribution à l'étude de l'occlusion de l'intestin* (*Th. Paris* 1904).
- LEMERCIER. — *Occlusion intestinale et puerpéralité* (*Th. Paris* 1908).
- P. LEJARS. — *Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical* (*Sem. Méd.* 1904, p. 419). — *Occlusions intestinales tardives par brides péritonéales* (*Soc. de Chir.* Séance du 3 Mai 1904).

- *Tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen* (Sem. Médicale, 12 Décembre 1906). — *Diverticule de Meckel et rétrécissements de l'intestin* (Sem. Médicale 1910). — *Diverticulites chroniques d'emblée* (Sem. Méd. 1914). — *Le lavement électrique et ses indications* (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Lille 1909). — *La stase intestinale chronique* (Sem. Méd. 1911, p. 214). — *Communicat. et rapports à la Société de Chir. de Paris* (20 Nov. 1907, 18 Mars 1908, 3 Mars 1914). — *La Péricolite membraneuse* (Semaine Médicale, 6 Décembre 1911). — *Chirurgie d'urgence* (Masson, Paris 1921).
- LEGUEU. — *Communication à la Soc. de Chir.* 16 Avril 1902.
- LÉRICHE (R.). — *Colo-sigmoïdite et péricolites latentes. Rétraction cicatricielle de l'S. iliaque et du colon descendant. Occlusion intestinale. Exclusion unilatérale. Guérison* (Soc. de Sciences médicales, Lyon, 11 janvier 1911).
- MARIO VARANINI. — *2 cas de sténose bénigne du tube digestif. (Racc. de memorie pel giubileo didattico del prof. A. Ceccherelli Parme 1908).*
- A. MATHIEU. — *Les signes de la sténose intestinale* (Rev. générale de clinique et de therap. 1909, p. 641). — *Considérations relatives au cancer du gros intestin et à sa localisation* (J. de Méd. de Paris 1912, p. 835). — *Etude clinique sur l'occlusion lente et le cancer de l'intestin rèle* (Gazette des Hôpitaux 1913, 22 et 29 Mai, 5 et 12 Juin). — *Les phases initiales du cancer du gros intestin* (Gaz. des Hôp. 1913, p. 981). — *Cancer du colon pelvien* (Gaz. des Hôp. 1913, p. 1077). — *Cancer du cœcum et de la valvule de Bauhin* (Pathol. gastro-intestinale, première série, p. 603). — *Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin* (Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition 1908, p. 329). — *Communic. à la Soc. Médicale des Hôpitaux* (22 Mai 1908).
- A. MATHIEU et ROUX. — *Spasmes du Colon* (Gaz. des Hôp. 27 Juillet 1905). (Traité de Pathol. gastro intestinale 3^e édition, première série et troisième série).

- MAUCLAIRE. — *Communicat. à la Soc. de Chir. de Paris (Mésentérite rétractile (Bull. et mém. Soc. de Chir. de Paris. T. XLVI N° 14, p. 584 et N° 31, p. 1280).*
- MICKULICZ. — *Sur le cancer du gros intestin. (Rapport au congrès allemand de chirurgie 1902).*
- MAYO. — *Obstruction par stase intestinale chronique (Surgery, Gynecology and obst. 1911, p. 237). — Tumeurs de l'anse sigmoïde (Montréal Méd. Journal 1909, p. 645).*
- MAYO-ROBSON. — *Traitement de la tuberculose intestinale chronique (The Lancet 1902, p. 851).*
- MONPROFIT. — *Chirurgie du gros intestin (Paris 1904).*
- MONOD. — *Obst. intest. par appendice chronique enflammé (Soc. chir. de Paris. Séance du 20 juin 1900).*
- OCKINZYC. — *In Travaux de Chirurgie anatomo-chirurgie (Hartmann). — Traitement chir. du cancer du côlon (Th. Paris 1907). — Sur l'opération en un seul temps des cancers du côlon gauche (Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris. T. XLVI N° 36, p. 1488).*
- OCKINCZYC et COMBIER. — *Cancer de l'intestin et corps étrangers. (Revue de Gynécologie et de chir. abdominale 1908 p. 659).*
- OCKINCZYC. — *Chirurgie du gros intestin (Presse Médicale, 1919, p. 581, 613, 681, 763).*
- PATEL. — *Les tuberculoses de l'intestin grêle. Leur thérapeutique (Th. Lyon 1901). — Etude du segment d'intestin sus-jacent à une sténose (Rev. de chir., Mars 1902). — Péricolite sténosante (Soc. de Chir. de Lyon, 7 Février 1907). — Chirurgie du gros intestin (Rectum excepté). (Congrès français de chirurgie 1913).*
- PAUCHET. — *Cancer du gros intestin (XVI^e Congrès de l'Assoc. franç. de Chir. Paris). Traitement de l'occlusion intestinale (Presse Médicale, Paris 1917).*
- PETIT et MERLE. — *Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique (Soc. Méd. des hôpitaux, mai 1908).*
- PHÉLIP. — *Occlusion par retrécissement et adhérences serrées du colon pelvien à un Kyste de l'ovaire enflammé (Soc. de chir. 9 février 1921).*

- POTHERAT. — *De la péricolite adhésive sténosante* (Sem. médicale 1906, p. 306). Soc. de Chirurgie de Paris. (Séance du 20 Juin 1906).
- POZZI. — *Traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales*. (Sem. Méd. 1905, p. 487).
- PSALTOFF. — *Tumeur de la fosse iliaque droite, composée de plusieurs corps étrangers siégeant à la fin du grêle* (Soc. de Chir. de Paris. Séance du 13 Août 1909).
- PONOMAREFF. — *Adénomes du grêle* (Roussky, Wratch, t. XI, N° 12, 1912, p. 407).
- QUÉNU. — *Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales* (Sem. Méd. 1902, p. 214). — *Communicat. à la Société de Chir. de Paris* (Séances du 28 Juin 1902, 8 Juillet 1913).
- QUÉNU et JUDET. — *Retrécissements fibreux de l'intestin grêle* (Revue de Chirurgie 10 Janvier 1902).
- REYNIER. — *Communicat. à la Soc. de Chir. de Paris* (Séances 18 Juin 1902).
- RICARD. — *Communication à la Société de Chirurgie de Paris* (Séances 14 juin 1907-11 mars 1908).
- ROCHARD. — *Communicat. à la Soc. de Chir. de Paris*. (Séance du 3 Mars 1914).
- SAILLANT. — *Sigmoïdite et përisigmoïdite* (Th. Paris 1906).
- SCHLOSSER. — *Obstruction intest. chez les hystériques*. (Beith. f. Klin. ch. XXIV, 2).
- SCHMIDT (Dresde). — *Sur les tumeurs du gros intestin*. (Beit. f. Kl. chir. T. L. XXIV).
- SCHWARTZ (A). — *Communicat. à la Soc. de Chir. de Paris* (Séance du 15 Juillet 1913).
- SÉNÉCHAL. — *Tumeurs inflammatoires pelvi-péritonitiques* (Th. Paris 1907).
- SORGE. — *Adénome du grêle* (Médic Klin t. IX, 1913, p. 749).
- SORREL. — *La stase intestinale chronique* (Th. Paris 1913-14).
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Traitement du cancer du gros intestin* (1913 N°s 23, 24, 25, 26, 27. 1914 N°s 5, 7, 8, 9).

- SOULIGOUX. — *Communica. à la Soc. de Chirurgie (Séances du 1^{er} Juin 1900, 3 décembre 1912, 1^{er} Juin 1910).*
- SORENSEN. — *Sur la tuberculose sténosante de l'intestin grêle (Deutsch. Reitsch, f. Chir. Mars 1901).*
- TALON. — *Polyadénomes de l'intestin (Th. Lyon 1900).*
- TERRIER. — *Communicat. à la Soc. de Chir. de Paris (Séance du 16 avril 1902).*
- TUFFIER. — *Retrécissements et oblitérations de l'intestin grêle (Archives des maladies de l'app. digestif et de la nutrition 1907, p. 277). Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin (Sem. Méd. 1904, p. 194).*
- VAN ZWALENBERG. — *Sarcoma of the Intestine (J. of. améric. méd. assoc. XXXVI, 1901).*
- WALTHER. — *Communicat. à la Société de Chir. de Paris (Séances du 16 avril 1902, 17 Juin 1914). A propos des brides développées autour du colon descendant (Congrès Franç. de Chirurgie, 1911).*
- WILMS. — *Bruits intestinaux à sonorité métallique et leur importance pour le diagnostic de la sténose intestinale (Munch. med. Wochensch. 1^{er} fév. 1910).*
- WALSHAM. — *Remarks on the diagn. and surgical treat, of carcinom, strict of the Colon (The Lancet 1901, 17 Août).*

Conclusions

1°) L'occlusion intestinale lente et progressive est l'expression clinique la plus fréquente de l'occlusion dite chronique.

2°) L'occlusion lente et progressive n'a pas de symptomatologie bien définie. Toutefois, certains signes, sans être constants, lui sont particuliers : le syndrome douloureux localisé avec péristaltisme et borborygmes — et le syndrome de la fausse ascite. Elle emprunte souvent l'allure d'une affection déterminée. Elle est toujours d'un diagnostic difficile au moment de ses premières manifestations.

3°) Elle s'achemine plus ou moins rapidement vers l'occlusion complète. L'ensemble clinique réalisé dans ces conditions ne rappelle que de très loin celui de l'iléus. Tout se passe comme si l'organisme avait eu le temps de s'accoutumer à cet état d'occlusion permanente.

4°) L'occlusion intestinale lente et progressive est réalisée au niveau du grêle (surtout à la terminaison de l'iléon) et au niveau des colons. Bien que les occlusions du grêle et celles des colons soient étudiées

en deux chapitres distincts, il est presque constamment impossible, lorsqu'elles se constituent avec lenteur, de les différencier cliniquement. La radiographie ne permet pas toujours un diagnostic topographique exact.

5°) Elle apparaît dans des conditions étiologiques extrêmement variées. Toutefois, la première place appartient au cancer, si bien que le diagnostic étiologique en revient, finalement, à rechercher la nature néoplasique ou non néoplasique des accidents. La clinique se montre, ici encore, insuffisante et ne permet que rarement l'affirmation. La radiographie n'apporte en cela que des présomptions.

6°) Comme dans l'iléus, le traitement doit chercher à rétablir, le plus rapidement possible, le cours des matières fécales.

Sur un abdomen souple, non météorisé, la laparotomie s'impose : elle seule permet de faire une opération rationnelle et complète, quand l'état du malade l'autorise. Sur un abdomen météorisé, chez un malade affaibli, cette méthode est à éliminer. Il faut, auparavant, obtenir le déblocage, soit par des procédés médico-chirurgicaux, soit par l'anus artificiel. Dans l'un et l'autre cas, il faut éviter la perte de temps.

Table des Matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Etude des symptômes	15
CHAPITRE II. — Signes traduisant une occlusion encore incomplète	28
CHAPITRE III. — Allures cliniques	36
CHAPITRE IV. — Diagnostic	39
CHAPITRE V. — Etude radiologique	45
CHAPITRE VI. — Diagnostic étiologique	49
CHAPITRE VII. — Traitement	83
CHAPITRE VIII. — Observations	93
BIBLIOGRAPHIE	146
CONCLUSIONS	155

Imprimerie de "*L'Expansion Scientifique Française*"

23, rue du Cherche-Midi, PARIS
